UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 1

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 7 Novembre 1914

PAR

Gaston DANIEL

Né à Marseille, le 15 avril 1891

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX. — *Concours 1910*

INTERNE DES HOPITAUX. — *Concours 1911*

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1er Prix : Concours 1910. — 1er Prix : Concours 1911

2e Prix : Concours 1912 — 2e Prix : Concours 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

GILIS, professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, prof.-adj.
MASSABUAU, agrégé.
J. DELMAS, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 1

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 7 Novembre 1914

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Gaston DANIEL

Né à Marseille, le 15 avril 1891

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX. — *Concours 1910*

INTERNE DES HOPITAUX. — *Concours 1911*

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1er Prix : Concours 1910. — 1er Prix : Concours 1911

2e Prix : Concours 1912 — 2e Prix : Concours 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { GILIS, professeur, *Président.* / DE ROUVILLE, prof.-adj. / MASSABUAU, agrégé. / J. DELMAS, agrégé. } *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Anatomie pathologique	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲), GRASSET (O ✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (✲), a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, a. l. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS, ch. des F.
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la thèse ;

MM. GILIS, professeur, *président.* | MM. MASSABUAU, *agrégé.*
DE ROUVILLE, professeur-adjoint. | J. DELMAS, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

MÉDECIN PRINCIPAL DE LA MARINE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

G. DANIEL.

A MON EXCELLENT MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUX DE BRIGNOLES

CHIRURGIEN EN CHEF DES HOPITAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUGE

CHIRURGIEN EN CHEF DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUÉRIN-VALMALE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

dont j'ai eu l'honneur d'être l'interne.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

G. DANIEL

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILIS

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

MASSABUAU ET JEAN DELMAS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR IMBERT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR OLMER

G. DANIEL.

DU MÊME AUTEUR

I. — Médecine

Un cas de propagation anormale d'un souffle apexien. *Marseille Médical*, 15 avril 1913. Communication présentée au Comité médical des Bouches-du-Rhône le 7 mars 1913.

II. — Chirurgie générale

Un cas d'appendicite herniaire avec adhérences du méso-appendice au sac et corps étranger de l'appendice simulant une occlusion intestinale. (Avec 1 fig.) *Gazette des Hôpitaux*, 25 juillet 1912.

Un cas d'appendicite traumatique. *Progrès Médical*, 11 janvier 1913.

Hernies de l'appendice. *Progrès Médical*, 22 février 1913.

Kyste hydatique du rein. Présentation à la Société de chirurgie de Marseille le 17 décembre 1913.

Kystes hydatiques du rein. Revue générale. *Gazette des Hôpitaux*, 25 octobre 1912.

Appendicite post-typhique avec péritonite purulente généralisée. Ethérisation du péritoine. Guérison. Communication à la Société de chirurgie de Marseille, février 1914.

Tumeur prérotulienne à tissus multiples. Communication au Comité médical des Bouches-du-Rhône. Séance du 26 juin 1914.

III. — Gynécologie

L'enfumage iodé dans l'infection puerpérale. (En collaboration avec le docteur Coste.) *Gazette des Hôpitaux*, 10 septembre 1912.

Un nouveau cas d'infection puerpérale traitée et guérie par l'enfumage iodé. *Marseille Médical*, 1er décembre 1912.

Fibrome du col utérin. *Marseille Médical*, 8 juin 1914.

Deux cas de cancer du corps de l'utérus. (En collaboration avec le docteur Cambon.) *Marseille Médical*, 15 juin 1914.

Un cas de grossesse extra-utérine. Communication à la séance du 12 juin 1914 au Comité médical des Bouches-du-Rhône.

Un nouveau cas de cancer du corps de l'utérus. Communication au Comité médical des Bouches-du-Rhône. Séance du 20 juin 1914.

Un cas de kyste dermoïde de l'ovaire pendant la grossesse. (En collaboration avec M. le professeur Guérin-Valmale.) *Gazette des Hôpitaux*, 4 août 1914.

IV. — Obstétrique

Placenta bordé. Comité médical des Bouches-du-Rhône, 1er mai 1914.

Présentation d'un anencéphale avec ectrodactylie. Comité médical des Bouches-du-Rhône, 1er mai 1914.

Accidents gravidocardiaques après la délivrance. *Marseille Médical*, 1er juillet 1914.

Fœtus hydrocéphale avec spina bifida et malformations multiples. *Marseille Médical*, 1er juillet 1914.

Fœtus anencéphale avec rachischisis. Présentation au Comité médical des Bouches-du-Rhône. Séance du 26 juin 1914.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU CANCER

DU

CORPS DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

Les méthodes d'exploration anatomopathologique rendues plus précises et plus faciles par la découverte de nouveaux moyens de fixation et de coloration des pièces, les examens histologiques devenus plus nombreux grâce à l'extension du principe de l'intervention chirurgicale, enfin l'invention et la mise au point de nouveaux procédés d'étude clinique ont tous également contribué, ces derniers temps, à compléter l'étude et à améliorer le pronostic opératoire des tumeurs malignes, en général, et du cancer de l'utérus, en particulier.

Par contre, leur fréquence absolue ne fait qu'augmenter, et ce qui frappe avant tout, c'est qu'au fur et à mesure que l'on en approfondit l'étude et que l'on perfectionne les moyens de les combattre avec succès, l'on assiste à la croissance désastreuse du nombre des malheureux cancéreux et, notamment, des femmes atteintes de cancer de

l'utérus, et l'on constate, de plus, une tendance plus grande de ces tumeurs à la malignité et à la généralisation.

Quand nous parlons de cancer de l'utérus, nous n'envisageons pas seulement le cancer du col de l'organe, mais aussi les tumeurs malignes du corps.

Cette distinction n'a pas seulement un caractère anatomique; elle est aussi essentiellement clinique, car, en matière de cancer, les rapports anatomiques de l'organe atteint ont un rôle prépondérant au point de vue de l'extension du néoplasme.

Le cancer du col est, évidemment, le plus fréquent; son étude doit donc logiquement passer au premier plan, mais, quoi qu'il en soit, dans certains traités classiques, l'étude du cancer du corps de l'utérus a été souvent par trop négligée.

Le cancer du corps de l'utérus n'est pas une affection exceptionnelle, comme on l'a dit autrefois, ce n'est même pas une rareté.

C'est une tumeur dont l'existence doit être connue par tout praticien qui est exposé à en faire le diagnostic, un jour ou l'autre; les statistiques récentes sont là pour le prouver.

Un cancer du corps de l'utérus pour cinq cancers du col, telle est la proportion qui résulte de ces études d'ensemble.

Un autre point, particulièrement intéressant, est à étudier de suite, c'est que:

Dans le cancer du corps, le pronostic est beaucoup plus favorable que dans celui du col;

Les chances de guérison définitive sont beaucoup plus nombreuses;

Une plus grande proportion de malades opérables;

Une plus faible mortalité opératoire;

Une plus grande proportion de guérisons définitives: 44 0/0 dans le cancer du corps, tandis que, dans le cancer du col, la merveilleuse statistique de Wertheim, — qui paraît même trop belle à beaucoup de gynécologistes français, — ne compte, malgré tout, que 30 0/0.

Bien encapsulé par la coque musculaire de l'utérus qui offre une grande résistance à l'invasion néoplasique, le cancer du corps de l'utérus ne se propage que très tardivement aux lymphatiques et aux organes voisins.

Il est *essentiellement curable.*

C'est le « CANCER CHIRURGICAL PAR EXCELLENCE ».

Sa fréquence et son opérabilité suffisent pour en rendre son étude complète, intéressante et nécessaire.

Dans ce travail d'ensemble, nous nous sommes proposé de mettre avant tout ces différents points en relief.

Définir ce que nous entendons sous le nom de cancer du corps de l'utérus devra constituer logiquement la première partie de cette étude, d'autant plus que cette définition n'est pas aisée et ne peut reposer que sur une base anatomopathologique. La classification histologique qui en découle naturellement aura un réel intérêt clinique. C'est sur elle, en effet, que se basera le procédé de diagnostic le plus certain, le seul qui soit réellement scientifique: le *curettage explorateur.*

Dans le chapitre que nous consacrerons à l'étiologie et à la pathogénie, nous nous attacherons surtout à faire *l'étude des tumeurs épithéliales d'origine embryonnaire* et à préciser les *rapports* qui existent si fréquemment *entre les fibromes et les tumeurs malignes du corps de l'utérus.*

La symptomatologie constituera la partie la plus importante de notre travail. Nous y passerons successive-

ment en revue les divers signes objectifs et subjectifs et les divers procédés d'exploration. Nous nous attacherons tout particulièrement à mettre en relief la *valeur séméiologique de la douleur* dans ces tumeurs, point de vue qui n'avait pas été envisagé jusqu'à présent.

Après avoir, enfin, tracé un exposé rapide des divers procédés opératoires, nous terminerons en insistant sur l'*opérabilité* et les *résultats opératoires définitifs* obtenus dans ces tumeurs, qui, n'ayons crainte de le redire, sont essentiellement curables chirurgicalement.

CHAPITRE PREMIER

DEFINITION. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

NOUS COMPRENDRONS, SOUS LE TITRE DE « CANCER DU CORPS UTÉRIN », TOUTES LES TUMEURS MALIGNES DE L'ORGANE DONT LE POINT DE DÉPART APPARTIENT A L'UTÉRUS ET SIÈGE AU-DESSUS DE L'ISTHME.

Une rapide classification anatomique nous paraît indispensable avant d'aborder l'étude clinique de ces tumeurs, nous nous contenterons simplement d'en spécifier la nature et le siège initial, n'ayant aucune prétention de faire ici un travail d'anatomie pathologique.

Ces tumeurs sont constituées le plus souvent:

a) Par des *éléments épithéliaux;*

b) Plus rarement par des *éléments conjonctifs;*

c) Exceptionnellement, il sera permis de rencontrer des *tumeurs mixtes* qui ont une origine embryonnaire;

d) Enfin, il arrivera parfois que des tumeurs malignes d'un organe quelconque infectent, par *métastase,* le corps utérin.

Que le point de départ de la néoplasie soit épithélial ou

conjonctif, le siège initial peut être, dans les deux cas, soit au niveau de la muqueuse, soit au niveau de la coque musculaire et de la région sous-péritonéale de l'utérus.

a) Parmi les TUMEURS ÉPITHÉLIALES DE LA MUQUEUSE, nous comprendrons :

1° L'*épithélioma primitif de la muqueuse;*

2° Le *chorio-épithéliome* ou épithélioma ectoplacentaire. Mais, en réalité, *cette tumeur ne doit pas être comprise dans le cadre de cette étude,* car les éléments dont elle dérive appartiennent, non pas à la caduque maternelle, comme on le croyait autrefois, mais au syncytium, c'est-à-dire au chorion. C'est donc une tumeur fœtale, une récidive maligne de l'ectoplacenta physiologique, comme l'a dit Gondre dans sa thèse. Ces tumeurs ont, d'ailleurs, une allure clinique et un pronostic tout différents de ceux des néoplasmes du corps utérin proprement dits.

Les TUMEURS ÉPITHÉLIALES, beaucoup plus rares, QUI DÉBUTENT DANS LA COUCHE MUSCULAIRE, proviennent :

3° Soit de la prolifération des culs-de-sac glandulaires, c'est l'*adénome malin;*

4° Soit de formations embryonnaires, reliquats des canaux de Wolff, c'est-à-dire la *dégénérescence maligne d'un adénomyome.*

b) Les TUMEURS MALIGNES CONJONCTIVES comprendront, de même :

1° *Le sarcome de la muqueuse;*

2° *Le sarcome de la couche musculaire;*

3° Ajoutons que la fibre musculaire lisse, qui constitue la musculature de l'utérus, est susceptible de subir une dégénérescence maligne, constituant alors le *myome malin primitif;*

4° Signalons, enfin, une dernière classe de tumeurs malignes conjonctives résultant de la *dégénérescence sarcomateuse des fibromes.* Ce point, particulièrement intéressant au point de vue pathogénique, sera étudié au chapitre II.

c) A côté de ces deux ordres de tumeurs, il faut réserver une place spéciale aux TUMEURS D'ORIGINE EMBRYONNAIRE qui sont constituées par des *tissus multiples* que l'on ne rencontre pas normalement dans l'utérus. Ce sont des tumeurs mixtes.

d) Enfin, signalons la possibilité d'infection de l'utérus par des MÉTASTASES cancéreuses, venues d'un organe quelconque. Ces tumeurs ne présentent, d'ailleurs, rien d'intéressant, comme nous allons le voir bientôt.

Le tableau suivant résume, en la mettant plus en relief, la classification précédente :

A. Tumeurs épithéliales.

Superficielles. { I. *Epithélioma primitif de la muqueuse.* / II. *Chorio-épithéliome.*

Profondes. { III. *Adénome malin.* / IV. *Dégénérescence maligne d'un adénomyome.*

B. Tumeurs conjonctives.

I. *Sarcome de la muqueuse.*
II. *Sarcome primitif de la couche musculaire.*
III. *Myome malin.*
IV. *Dégénérescence sarcomateuse des fibromes.*

C. Tumeurs mixtes ou à tissus complexes.

D. Tumeurs métastatiques secondaires.

A. — Tumeurs épithéliales

I. — Epithélioma primitif de la muqueuse

Anatomie macroscopique. — La lésion siège, en général, au niveau de la partie supérieure de la cavité utérine. Elle apparaît sous l'aspect :

a) Soit d'un simple nodule qui soulève la muqueuse ;

b) Soit de bourgeons saillants à surface mamelonnée, pouvant atteindre un plus grand développement et s'étendre à tout le dôme utérin. Il en résulte souvent la formation d'une masse volumineuse à large base : *fongus* ou, au contraire, de *végétations polypeuses.*

Par opposition à ces formes bourgeonneantes, l'on rencontre, mais bien plus rarement, des lésions destructives. C'est la *forme ulcéreuse.*

Ces tumeurs s'étendent surtout en surface, leur infiltration en profondeur est très lente.

La coque musculaire réagit contre le processus néoplasique en subissant une véritable hypertrophie de défense, allant parfois jusqu'à atteindre 2 centim. 5 d'épaisseur.

C'est là leur véritable caractéristique anatomique, qui commande la bénignité relative de leur pronostic.

Cependant, dans les périodes avancées de son évolution, l'infiltration néoplasique peut atteindre la séreuse et provoquer ainsi des réactions péritonéales qui entraînent la formation d'adhérences avec les organes voisins.

La destruction de la paroi utérine est parfois telle qu'il en résulte une perforation spontanée de l'organe dans le

péritoine ou dans une anse adjacente. Cette complication est heureusement fort rare et très tardive. Il nous a été cependant donné de l'observer dans l'un des cas personnels que nous rapportons (obs. II).

Nous étudierons, à propos du traitement, la propagation aux ligaments et au système lymphatique; mais nous pouvons, dès maintenant, considérer cette extension comme une rareté.

Histologie. — Dérivé d'un épithélium cylindrique, le cancer primitif de l'endomètre est un *épithélioma cylindrique.*

Nous n'insisterons pas sur les modifications de structure histologique qui sont la caractérisque de la néoformation: segmentation irrégulière et fragmentation des noyaux, karyokinèse anormale.

Faisons remarquer que l'on a observé certains cas d'*épithélioma pavimenteux primitif.* Ce sont ceux de Piéring, Gebhard, Pfannenstiel, Lohlein, Plaischlen, Emanuel. Leur origine et leur signification ont été très discutées. Pour les uns, l'épithélioma se serait développé aux dépens d'îlots de cellules épithéliales pavimenteuses, situées anormalement au niveau de la muqueuse du corps, par suite d'une anomalie d'évolution. Pour les autres, l'aspect pavimenteux des cellules ne permettrait de rien présumer de leur origine, leur forme pavimenteuse devant être attribuée au tassement de ces cellules.

Il est de fait, et c'est ce que nous avons pu constater dans l'une de nos observations, que parfois l'on porterait le diagnostic d'épithélioma pavimenteux à n'en juger que d'après la forme des cellules, si l'on ne découvrait, au niveau d'un cul-de-sac glandulaire en train de dégénérer, des cellules nettement cylindriques et, à côté, d'au-

tres cellules plus aplaties établissant une transition insensible jusqu'aux cellules nettement pavimenteuses.

II. — Chorio-Epithéliome

Pour les raisons précédemment invoquées, nous ne ferons pas l'étude anatomique de cette tumeur, dénommée à tort autrefois *déciduome malin,* alors qu'elle n'est pas constituée par la caduque, mais par des tissus placentaires, par le plasmode ou syncytium des villosités choriales.

C'est un *placentome malin* ou *épithélioma ectoplacentaire.* D'ailleurs, l'étude de cette tumeur a été très bien faite et très bien exposée dans les travaux de Gondre (1), de Labusquière (2) et l'importante thèse de Briquel (3).

III. — Adénome malin

Entrevue par Schröder en 1877, cette tumeur a été étudiée surtout par Pozzi et par Carl Ruge qui l'a définie dans un important mémoire paru en 1894. Elle a été ensuite dénommée *adénocarcinome* par Winter.

L'adénome malin est un *néoplasme pseudo-glandulaire,* caractérisé par la prolifération de cellules épithéliales cylindriques qui se disposent suivant une seule rangée et s'accolent ainsi dos à dos, presque sans interposition de

---

(1) *Gondre.* Epithélioma ectoplacentaire. Th. Toulouse, 1901.
(2) *Labusquière.* Annales gynécologie, 1903.
(3) *Briquel.* Tumeurs placentaires. Th. Nancy 1903.

tissu conjonctif. Il n'y a pas ici de cordons cellulaires pleins comme dans l'épithélioma. C'est cependant une tumeur maligne, car elle peut récidiver après ablation et produire des métastases.

C'est, en somme, une forme évolutive jeune de l'adénocarcinome, qui est susceptible d'ailleurs de se transformer en cette dernière tumeur. Une autre particularité anatomique la caractérise : c'est sa *tendance remarquable à pénétrer le tissu musculaire utérin.*

IV. — Dégénérescence maligne d'un adénomyome

Ce sont des *tumeurs épithéliales à point de départ embryonnaire*, spécialement caractérisées par ce fait qu'*elles ont leur siège initial au sein même de la musculature utérine.* Elles ne sont autre chose que des épithéliomas du corps utérin, s'accompagnant, dans les premières phases de leur évolution, de l'intégrité absolue de la muqueuse utérine.

Anatomie macroscopique. — Les *vestiges épithéliaux* dont dérivent ces tumeurs peuvent se présenter sous plusieurs formes :

1° Tubes épithéliaux simples, de même nature que la muqueuse utérine et enfouis dans la musculature ;

2° Productions épithéliales polykystiques, groupées en chapelets et dont le grand axe est parallèle à celui de l'utérus ;

3° Adénomyomes proprement dits, constitués par :

a) Un épithélium pluristratifié et végétant ;

b) Un tissu musculaire en prolifération entourant les formations glandulaires.

Histologie. — Quand ces adénomyomes sont atteints de dégénérescence maligne, ils présentent tous les caractères précédemment indiqués à propos de l'histologie des épithéliomas cylindriques primitifs de la muqueuse.

B. — Tumeurs conjonctives

I. — Sarcome de la muqueuse

Le point de départ de ces tumeurs est le stroma de l'endomètre et le tissu qui sépare les culs-de-sac glandulaires de la muqueuse.

Anatomie macroscopique. — Le sarcome de la muqueuse peut se présenter sous deux formes:

a) *Polypoïde.* — Elle revêt alors l'aspect d'un simple polype fibreux, de consistance molle et de couleur rose pâle qui dilate la cavité utérine;

b) *Diffuse.* — Dans cette forme, plus fréquente, l'on voit, au niveau de la muqueuse, des proéminences à large base, des bosselures régulières et assez volumineuses et des nodosités arrondies. Ces divers caractères anatomiques suffisent pour distinguer ces tumeurs des épithéliomas de la muqueuse, où les bourgeons sont très irréguliers, moins développés et plus nombreux que les nodosités du sarcome.

La première forme est plus difficile à distinguer macroscopiquement, car les végétations épithéliomateuses ont, le plus souvent, une tendance à devenir polypiformes.

Mais le diagnostic pourra encore se baser sur ce fait que les excroissances de l'épithélioma sont dures au toucher, s'effritent sous le doigt, tandis que le tissu sarcomateux est plus mou, mais aussi plus élastique.

Histologie. — Dans le sarcome primitif de la muqueuse, l'on ne rencontre presque que le *type globocellulaire:* éléments cellulaires arrondis, à gros noyaux et à protoplasma peu abondant, proliférant activement dans la région de l'endomètre et détruisant les culs-de-sac glandulaires. La coque musculaire de l'utérus peut être envahie à la longue.

II. — Sarcome primitif de la couche musculaire

Avec Robin (1), nous étudierons à part cette tumeur maligne, constituée par les éléments du tissu conjonctif compris entre les faisceaux musculaires de l'utérus, *indépendamment de tout fibrome.*

Anatomie macroscopique. — L'on observe une augmentation locale d'une région, face ou bord, du corps utérin.

Suivant son siège initial et son développement par rapport à la cavité utérine, l'on peut en distinguer deux types:

a) Une *forme parenchymateuse;*
b) Une *forme sous-péritonéale.*

Faisons observer que les *dégénérescences kystique et*

---

(1) *Robin.* Th. Bordeaux, 1912.

myxoïde sont particulièrement fréquentes dans cette classe de sarcome.

Histologie. — Ici, c'est le sarcome *fusocellulaire* qui est le type histologique le plus souvent rencontré ; on trouve plus rarement des myéloplaxes, quelquefois des associations de cellules rondes et fusiformes.

Voici les caractéristiques histologiques des principales *dégénérescences cellulaires:*

1° *Myxoïde.* — Les cellules sarcomateuses sont noyées dans une masse transparente, qui ne prend pas les colorants;

2° *Nécrotique.* — Ici, l'on assiste à la destruction cellulaire et à la formation d'une masse caséeuse.

3° *Pseudo-kystique.* — L'on observe trois zones: la première, la plus externe, est endothéliale et doublée d'une couche de tissu celluleux; la seconde est la région musculaire infiltrée d'œdème; la troisième, interne, est néoplasique.

III. — Myome malin

Paviot et Bérard ont, les premiers, soutenu cette idée que la fibre musculaire lisse de l'utérus était susceptible de subir une dégénérescence maligne qui lui soit propre.

Anatomie macroscopique. — L'on peut observer: tantôt une seule tumeur volumineuse et régulière sessile ou à large pédicule, tantôt plusieurs masses lobulées et pédiculées.

Histologie. — Sur une même préparation, l'on rencontre tous les intermédiaires entre les cellules sarcomateuses rondes, les plus atypiques, et les fibres musculaires, les plus nettes.

Il n'y a pas de stroma conjonctif; les cellules sont intimément accolées les unes aux autres.

IV. — Dégénérescence sarcomateuse des fibromyomes

C'est à dessein que nous étudions à part cette classe de tumeurs et que nous la distinguons des deux derniers groupes. En effet, le sarcome primitif de la couche musculaire, tel que nous l'avons défini, se produit en dehors de tout fibrome. Quant au myome malin, c'est une tumeur primitive du muscle utérin lui-même. Ici, au contraire, il s'agit d'une tumeur maligne conjonctive, formée au niveau d'un fibrome utérin par la prolifération atypique, soit des cellules conjonctives du fibrome, soit des cellules endothéliales de ses vaisseaux.

Anatomie macroscopique. — Ces tumeurs sont plus ou moins arrondies, d'un volume tel qu'elles atteignent souvent l'ombilic. Leur consistance est d'ordinaire mi-solide, mi-liquide.

Elles s'accompagnent souvent d'ascite et d'adhérences aux organes voisins: épiploon, plus rarement intestin, vessie, rectum, uretères.

A la coupe, à côté de portions fibromateuses dures, l'on trouve des portions ramollies, gélatineuses, parfois des cavités kystiques.

Histologie. — Les cellules sarcomateuses, globulaires ou fusiformes, dissocient et détruisent les fibres musculaires lisses.

C. — Tumeurs mixtes

Relativement assez fréquentes au niveau du col, ces tumeurs sont exceptionnelles au niveau du corps utérin.

Quelques observations cependant ont été rapportées par Von Hansemann et Meyer de tumeurs mixtes caractérisées par la coexistence d'un sarcome de la paroi et d'un épithélioma de la muqueuse.

Mais le vrai type de ces tumeurs est fourni par l'observation de Murray et Little (1), la seule d'ailleurs que nous connaissions. Il s'agit d'un *adénochondrosarcome* pédiculé s'étant développé dans la cavité utérine d'une femme de 46 ans.

D. — Tumeurs métastatiques

Elles sont également très rares.

Nous en citerons, comme exemple, les observations de fibromes envahis primitivement par des noyaux métastatiques d'épithélioma partis du sein dans le cas de Pozzi, du poumon dans celui de Schopter.

Nous n'insisterons pas sur l'anatomie pathologique de ces tumeurs, car elles ont la même structure histologique que le néoplasme dont elles dérivent.

---

(1) *Murray* et *Little*. Journ. of. Obstetric. and Gyne. of the British Empire. Janv. 1914.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

I. — Etiologie

Fréquence. — *Considérée autrefois comme exceptionnelle, cette affection a été démontrée beaucoup plus fréquente depuis que l'on pratique plus souvent le curettage explorateur.*

C'est ainsi que, d'après Szukits (1), la proportion du cancer du corps, par rapport à celui du col, était de 1 à 420; d'après Schrôder, de 28 à 812, c'est-à-dire 3 à 4 0/0; Schatz [1876] (2), de 1 à 40. Les statistiques récentes sont bien différentes comme conclusions. Nous reproduisons, à titre d'exemple, celles parues dans la thèse de Tesson (3) :

---

(1) Szukits in Schroder Malad. des femmes, p. 377, 1890.
(2) Schatz in Handb. der Path. Anat , 1876, p. 867.
(3) Tesson. Thèse Paris, 1902.

NOMS DES AUTEURS	NOMBRE TOTAL DES CANCERS UTÉRINS	CANCER DU CORPS	POURCENTAGE
Hofmeier	251	29	11 0/0
Landau	104	14	13 0/0
Jacobs.	33	5	15 0/0
Segond	95	25	27 0/0
De Ott.	62	15	24 0/0
Culten.	103	30	29 0/0
Terrier	28	6	21 0/0
Total . . .	676	124	

Ce qui représente une proportion de 18 0/0, c'est-à-dire approximativement de UN CANCER DU CORPS POUR CINQ CANCERS DU COL.

En ce qui concerne les *sarcomes,* on peut dire que ces tumeurs sont beaucoup moins fréquentes. La proportion, par rapport aux cancers épithéliaux, serait de 1 pour 30, d'après Warneck; 1 pour 40, d'après Gessner; 1 pour 20, d'après Piquand et Von Franqué.

Age. — Tandis que le cancer du col évolue souvent chez les femmes jeunes, encore réglées, les néoplasmes du corps s'observent surtout après la ménopause, de telle façon que toute hémorragie, survenant à cette période, doit attirer l'attention de la malade et doit éveiller dans l'esprit du médecin la crainte d'une tumeur maligne du corps utérin.

D'après Bruyère, *l'âge moyen du cancer du corps utérin est de* 48 *ans* 5 *mois.*

Remarquons toutefois que cette tumeur peut s'observer aussi chez les jeunes, mais la proportion de 62 0/0, de 21 à 45 ans, donnée par Backer, paraît exagérée.

Voici les résultats de la statistique de Kampermann, parue en 1912, et portant sur les dix dernières années:

Cancers du corps.	1 cas	avant 34 ans	3 0/0
—	9	entre 35 et 44 ans	25 0/0
—	10	— 45 et 54 ans	27 0/0
—	11	— 55 et 64 ans	30 0/0
—	5	— 65 et 75 ans	14 0/0

Quant au sarcome, c'est entre 50 et 60 ans qu'il atteint son maximum de fréquence; il en est de même pour la dégénérescence maligne des fibromyomes.

Hérédité. — Son influence prédisposante est la même que pour le cancer du col.

Infections antérieures. — L'action prédisposante des *métrites chroniques* paraît très vraisemblable, mais elle est cependant niée par les auteurs qui se refusent à reconnaître, d'une façon générale, des rapports entre les inflammations chroniques et les néoplasmes.

Pozzi invoque, comme preuve en faveur de l'influence prédisposante des inflammations antérieures de l'organe, les résultats de l'examen microscopique d'une muqueuse atteinte d'adénome bénin et d'une autre muqueuse atteinte d'adénome malin. L'on peut y suivre les modifications histologiques qui vont de l'endométrite légère, en passant par l'adénome bénin typique, jusqu'à l'adénome malin qui est, en somme, comme nous l'avons déjà vu, la première étape de l'adénocarcinome.

Grossesses. — Le rôle des grossesses antérieures est également très discuté.

Bruyère, assimilant le cancer du corps utérin au cancer des cicatrices, essaye de démontrer qu'il prend tou-

jours naissance au point d'implantation du placenta (Th. Boissier) :

Le placenta est inséré :

Au pôle supérieur, dans les 2/3 des cas.
Au pôle inférieur dans le 1/3 des cas.
Dans diamètre équatorial, exceptionnellement.

Le cancer commence :

Au pôle supérieur, dans plus des 2/3 des cas.
Au pôle inférieur, dans moins d'un 1/3 des cas.
Dans diamètre équatorial, exceptionnellement.

Cette insertion placentaire serait, en somme, une cicatrice propice au développement du cancer.

Mais, en fait, les statistiques ne sont pas toutes en faveur de ces conclusions, sauf dans l'épithélioma ectoplacentaire où la grossesse est indispensable à la génèse de cette tumeur qui est formée aux dépens du chorion fœtal.

Déviations utérines. — Certains déplacements de l'utérus, notamment le *prolapsus,* ont été invoqués comme causes déterminantes, mais, en fait, ils ne peuvent agir qu'indirectement en prédisposant à l'infection.

II. — Pathogénie

Nous n'avons nullement l'intention d'exposer ici les diverses théories pathogéniques générales émises sur les tumeurs malignes.

Nous limiterons notre étude à trois points particulièrement intéressants et nous envisagerons ainsi successivement :

1° L'*origine des adénomyomes,* tumeur dont la dégénérescence maligne fournit l'un des groupes de cancers du corps utérin que nous avons précédemment passés en revue;

2° Les *rapports pathogéniques entre les fibromes et les cancers du corps utérin;*

3° Enfin, l'*origine des tumeurs mixtes.*

1° Origine des adénomyomes. — *Embryologie.* — Un court exposé embryologique nous paraît nécessaire avant d'entreprendre cette étude.

Chez la femme, *les deux canaux de Muller,* symétriquement placés par rapport à la ligne médiane, donnent, dans leur partie supérieure où ils sont distincts l'un de l'autre, les deux oviductes; dans leur partie inférieure, ils se réunissent pour constituer un seul conduit: *le canal de Leuckart,* qui formera lui-même l'utérus et le vagin.

Les *canaux de Wolff,* par contre, s'atrophient et leur vestige est désigné sous le nom de *canaux de Gartner.* Ce sont deux longs conduits qui s'étendent parfois jusqu'à la vulve et persistent de façon constante chez la vache et la truie. On en a observé quelquefois chez la femme (voir Polidor, Th. Bordeaux, 1901).

Ces canaux sont constitués par une muqueuse plissée longitudinalement et formée d'une double couche de cellules cylindriques, d'après Carl Rieder; en dehors d'elle, l'on rencontre une tunique musculaire composée de trois couches: l'interne et l'externe sont longitudinales, la moyenne est annulaire.

Pathogénie. — Ceci dit, nous allons exposer les différentes théories pathogéniques émises:

I. *Théorie inflammatoire.* — La muqueuse utérine, sous l'influence d'un processus inflammatoire, prolifèrerait activement sous forme de prolongements épithéliaux qui s'insinueraient le long des interstices musculaires et s'isoleraient ensuite dans la couche musculaire.

Mais ce mécanisme de prolifération et surtout d'isolement paraît peu possible.

II. *Théorie de l'origine gartnérienne.* — L'aspect anatomique des adénomyomes disposés dans un sens parallèle au grand axe utérin, quelquefois de façon symétrique dans chaque face latérale de l'utérus, leur structure histologique: muqueuse à cellules cylindriques entourée de plusieurs couches de fibres musculaires lisses, plaident éloquemment en faveur de cette théorie, d'autant plus que, comme l'a montré Carl Rieder, les débris des canaux de Gartner sont plus fréquents qu'on ne le croyait autrefois.

III. *Théorie de l'origine mullérienne.* — L'analogie de structure entre la muqueuse de l'adénomyome et celle de l'utérus est en faveur d'une même origine pour ces deux formations, qui dériveraient donc des canaux de Muller.

En résumé, la théorie inflammatoire étant mise à part, nous pouvons invoquer, comme origine possible à ces formations adénomyomateuses, soit un reliquat des canaux de Gartner, soit un diverticule anormal des canaux de Muller.

2° Fibrome et cancer de l'utérus. — Nous allons nous proposer maintenant de déterminer les rapports patho-

géniques qui existent entre ces deux tumeurs si différentes comme type histologique et comme pronostic, mais dont la présence simultanée, si fréquente sur un même utérus, semble même, au premier abord, tout autre chose qu'une simple coïncidence.

Historique. — La conception la plus ancienne de ces rapports est celle de Morgagni (1) et des auteurs du début du XIX[e] siècle. Tous admettent alors une relation réelle et presque constante entre ces deux affections.

Ils considèrent, en effet, le cancer comme étant la terminaison normale, naturelle du fibromyome, l'aboutissement presque fatal.

Cruveilhier vient ensuite affirmer le contraire dans son *Traité d'anatomie pathologique.* Avec les auteurs de son époque: Lée, Walter, il admet un antagonisme complet entre le fibrome et le cancer, le premier préservant du second, à ce point, disait-il, que lors même que l'utérus tout entier subirait la transformation cancéreuse, le corps fibreux resterait inaltérable.

Rokitansky revient ensuite, en partie, aux idées anciennes de Morgagni et, sans affirmer des rapports constants entre les deux maladies, il admet la possibilité de la dégénérescence carcinomateuse des fibromes.

Il en est de même de Virchow [1865] (2) qui, peu de temps après, éclaire la question d'un jour nouveau, en affirmant que les cellules sarcomateuses se développent aux dépens du tissu conjonctif, ce qui va permettre de diviser l'étude de la question en deux parties:

---

(1) *Morgagni.* De sedibus et causis morborum, 1761.

(2) *Devic* et *Gallavardin.* Revue de Chirurgie, 1901.

1° *Rapports du fibrome et des tumeurs malignes épithéliales de l'utérus;*

2° *Dégénérescence sarcomateuse des fibromes.*

Puis Cornil et Ranvier étudient, dans leur *Traité d'anatomie pathologique,* le sarcome en général et notent que les vaisseaux sont en rapport direct avec les cellules sarcomateuses.

Après eux, Pillier et Costes (1894) affirment de nouveau l'*origine vasculaire des formations sarcomateuses,* les sarcomes évoluant sur un fibrome ont pour origine, d'après eux, la prolifération des éléments endothéliaux vasculaires ou lymphatiques.

Signalons encore, comme travaux importants parus en France, ceux de Nicaise (1881), Pozzi (1887), Le Bec (1892), Péan (1893), les thèses de Ricard (Paris, 1885), Bourgeois (Lyon, 1897), Boucaud (Bordeaux, 1898), Hyenne (Paris, 1898).

En 1897, Paviot et Bérard soutiennent l'hypothèse d'un *cancer musculaire lisse,* basée sur la théorie de la spécificité cellulaire de Bard. C'est le *léiomyome malin,* que décrivent Devic et Gallavardin (1).

En 1900, paraît la thèse de Claisse (Paris), qui reprend les idées de Pilliet et Costes sur l'origine vasculaire du sarcome.

Enfin, citons les travaux d'ensemble les plus récents, notamment les thèses de Lafont (1902), Piquand (1905), Pellanda (1905), Villard (1905), Soulier (1908), Perdrigé (1911), Chabiron (1912) et Robin (1912).

Les conclusions générales qui se dégagent de la lecture de ces différents travaux semblent donner raison aux théories anciennes de Cruveilhier.

---

(1) *Virchow.* Krankhafte Geschwülste, t. III, p. 121.

Le fibrome, en effet, qui est une tumeur d'origine mésodermique, paraît ne jamais pouvoir devenir une tumeur épithéliale, c'est-à-dire d'origine endodermique.

De là résulte pour nous la nécessité absolue de distinguer et d'étudier séparément :

a) *Les rapports qui existent entre les fibromes et les tumeurs épithéliales;*

b) *Les rapports entre les fibromes et les tumeurs malignes conjonctives.*

Nous dirons ainsi que :

1° Dans le premier cas, *il y a coexistence de fibrome et d'épithélioma;*

2° Dans le second cas, *il y a dégénérescence sarcomateuse du fibrome.*

a) Fibrome et Epithélioma

La *loi de la spécificité cellulaire,* énoncée par Paul Bard et appliquée au cas qui nous occupe, implique la nécessité, pour chaque tissu de l'utérus, de donner naissance uniquement à des néoplasmes conformes à sa structure.

C'est ainsi que la muqueuse utérine sera le point de départ des tumeurs épithéliales, tandis que la couche fibro-musculaire contribuera seule à la constitution des fibromyomes et des sarcomes.

Donc, en théorie, et ces faits sont démontrés dans la grande majorité des cas, *l'épithélioma à siège primitivement muqueux sera indépendant, au début tout au moins, du fibromyome* qui naît lui dans la coque musculaire de l'utérus.

Les deux tumeurs utérines : fibromyome et épithélioma

auront donc une origine distincte, un siège primitif différent; une indépendance absolue existera donc entre elles; et si, à une période plus ou moins éloignée du début, elles évoluent l'une vers l'autre et tendent à se pénétrer, il n'en est pas moins vrai que ces rapports intimes des deux tumeurs ne seront que secondaires.

L'on peut donc dire que le fibromyome ne dégénère pas en épithélioma, les rapports de ces deux tumeurs étant très lointains, ceci toutefois soit dit au point de vue anatomique seulement, car, au point de vue pathogénique général, nous verrons plus tard que nombre d'auteurs admettent que ces deux tumeurs, indépendantes au point de vue anatomique, relèvent toutes deux d'une même cause.

L'on doit, d'autre part, faire deux restrictions à cette indépendance anatomique que nous venons de formuler entre le fibromyome et l'épithélioma:

1° Il existe des cas où des épithéliomas du corps utérin se sont développés primitivement dans des fibromes. Ces tumeurs malignes dérivent des *formations adénomyomateuses* déjà étudiées;

2° Il existe des observations de fibromes envahis primitivement par des *noyaux épithéliomateux métastatiques*, sans dégénérescence d'aucun autre point de l'utérus. C'est ainsi que, dans l'observation de Pozzi, le cancer primitif siégeait au niveau du sein; dans l'observation de Schöpter (1), au niveau du poumon.

Mais ces deux types de tumeurs sont tellement rares que nous sommes en droit de ne pas en tenir compte dans ce chapitre de pathogénie et de n'envisager simplement que les *épithéliomas de la muqueuse envahissant secondairement un fibromyome préexistant de la paroi.*

---

(1) *Schöpter*. Arch. für Path. Anat., Berlin, 1892.

La question pathogénique que l'on doit se poser avant tout est la suivante :

LE FIBROME ET LE CANCER SONT-ILS RÉELLEMENT INDÉPENDANTS? LEUR COEXISTENCE EST-ELLE UNE SIMPLE COÏNCIDENCE? OU BIEN LE FIBROME PRÉDISPOSE-T-IL AU CANCER ET JOUE-T-IL UN RÔLE DANS SON APPARITION?

Pour pouvoir répondre à ces questions, il faut avoir des notions précises sur la *fréquence de l'association fibrome-épithélioma.*

Certains auteurs, en effet, ont tenu le raisonnement suivant : le fibrome est une affection commune qui atteint à peu près un tiers des femmes. Donc un tiers des femmes atteintes d'épithélioma de l'utérus doit présenter également de la fibromatose de cet organe. Pour ces auteurs, il ne s'agirait donc que d'une simple coïncidence.

Mais, en outre que la proportion donnée ci-dessus des femmes fibromateuses semble trop élevée, les statistiques suivantes, loin de soutenir la théorie de la simple coïncidence, semblent la réfuter au contraire :

Tableau

Rapport entre le chiffre total des fibromes observés et le nombre des tumeurs fibreuses compliquées d'épithéliomas

NOMS DES AUTEURS	TOTAL DES FIBROMES	NOMBRE DES FIBROMES compliqués d'épithéliomas		
		du corps	du col	TOTAL
Martin	201	2	7	9
Bouilly	109	2	4	6
Duret	250	3	3	6
Péan	650	2	4	6
Jacobs	156	2	3	5
Noble.	218	3		3
Lauwers	156			2
Olshausen	196			6
Cullingworth	100			0
Le Bec	57			1
Terrier	75			1
Quenu	94			3
Mac Donald	280			6
Lannelongue	95			3
Pollosson	50			2
Scharlief et Frederick	225			11
Hunner	100			2
Haultain	120			5
TOTAL	3.132			77

Ce qui fait une *proportion moyenne de* 2,45 0/0.

Si nous tenons compte des statistiques des six premiers auteurs qui ont noté les chiffres respectifs de cancers du col et du corps et si nous leur ajoutons celle de Verstraete qui, sur 77 cas de cancers compliquant des fibromes, a trouvé 35 cancers du corps pour 42 du col, nous pouvons conclure que :

Sur 112 cancers compliquant des fibromes, l'on trouve : 63 cancers du col ou 56,25 0/0, et 49 cancers du corps ou 43,75 0/0.

En résumé, il ressort de ces statistiques :

1° Que *la proportion de fibromes compliqués d'épithéliomas est de* 2,45 0/0, *c'est-à-dire environ un sur quarante;*

2° Que *sur* 100 *de ces fibromes compliqués de cancer, l'on note seulement* 56 *cancers du col à opposer à* 43 *cancers du corps, tandis qu'il y a normalement environ* 100 *cancers du col pour* 18 *cancers du corps.*

Or, s'il s'agissait simplement de coïncidence, la proportion de néoplasmes du col et de néoplasmes du corps serait la même, qu'il s'agisse de cancers coexistant avec des fibromes ou de cancers indépendants de tout fibrome, ce qui est loin d'être le cas ici.

De plus, les statistiques démontrent qu'il existe une moyenne de 15 cancers du corps sur 1.000 fibromateuses. Or, comme il y a environ un cas de cancer du corps sur 5 à 600 femmes normales, l'on voit ainsi que :

Le cancer du corps utérin paraît huit à neuf fois plus fréquent chez les fibromateuses que chez la moyenne des autres femmes.

Il y a donc autre chose qu'une simple coïncidence, le fibrome prédispose évidemment au cancer du corps de l'utérus.

Mais comment y prédispose-t-il?

L'on peut rattacher à deux théories principales les nombreuses opinions émises à ce sujet :

1° *Action mécanique.* — Le fibrome prédisposerait à l'épithélioma de la muqueuse utérine en agissant comme un corps étranger et en déterminant, par sa présence, des troubles mécaniques et une irritation continue qui entraî-

neraient, par la suite, une congestion très intense et prolongée de cette muqueuse.

Ce serait une véritable *épine irritative,* d'où résulteraient l'épaississement, le gonflement de l'endomètre et la prolifération de ses éléments épithéliaux, d'abord typique, mais susceptible d'évoluer progressivement dans la suite vers le type de l'adénome malin ou de l'épithélioma.

Ce processus serait donc essentiellement réflexe et aseptique. Peut-être faudrait-il faire jouer dans cette question un rôle aux *ovaires mis en état d'hyperfonctionnement et de suractivité glandulaire par la présence même du fibrome.*

Un grand nombre d'auteurs, en effet, tendent à l'heure actuelle à rattacher à des troubles d'hypersécrétion ovarienne les principaux symptômes fonctionnels des fibromes, notamment les métrorragies, considérées autrefois comme dues à la congestion entraînée par la présence du corps fibreux de l'utérus.

Il est donc possible que les modifications que l'on constate si souvent dans la structure histologique de la muqueuse d'un utérus atteint de fibrome relèvent, pour une part, d'une exagération des sécrétions des ovaires.

2° *Endométrite.* — Un grand nombre d'auteurs qui ont fait des examens histologiques de la muqueuse d'utérus atteints de fibromes ont trouvé, dans la majorité des cas, des modifications importantes du côté de l'épithélium et des culs-de-sac glandulaires.

Accroissement anormal, prolifération des glandes de l'endomètre, modifications structurales des cellules épithéliales, augmentation de volume des noyaux qui, normalement situés dans la portion basale de la cellule, émigrent vers sa région moyenne. Ce sont là les principales

modifications structurales constatées. Elles sont la signature anatomique de l'endométrite.

Quelle est l'origine de cette endométrite?

Relève-t-elle simplement de modifications vasculaires de la muqueuse utérine, d'une hyperémie prolongée, due à la présence même d'un fibrome ou est-elle due à une infection microbienne?

Des examens bactériologiques répétés n'ont pu, dans 40 0/0 des cas environ, révéler la présence d'aucune espèce microbienne, et dans de nombreux autres cas, l'on a trouvé des bacilles peu virulents.

Remarquons toutefois que ces résultats négatifs fournis par les recherches bactériologiques ne sont pas suffisants à eux seuls pour faire éliminer l'origine microbienne de cette endométrite.

Disons, à ce propos, que nous avons fait nous-même, dans les meilleures conditions d'asepsie possible pour éviter toute erreur, des prélèvements de muqueuse de cinq utérus fibromateux, après hystérectomie. Tous les examens bactériologiques pratiqués dans les cinq cas ont été négatifs, tandis que les lésions histologiques d'endométrite étaient indiscutables.

De nouvelles recherches s'imposent pour que l'on puisse conclure.

Cette endométrite est-elle, d'ailleurs, primitive ou secondaire au fibrome? C'est encore là un point qui est loin d'être établi, certains auteurs admettant encore l'infection comme cause des fibromes utérins.

Quelle que soit l'origine de cette endométrite, elle n'en existe pas moins et cette prolifération glandulaire peut, à un moment quelconque de son évolution, sous une influence encore mal connue, devenir atypique.

De l'endométrite, l'on passe insensiblement à l'adénome malin: prolifération des noyaux, karyokinèse anormale, dilatation des lumières canaliculaires, disparition de la basale, formation de bourgeons à double revêtement épithélial pauvres en tissu conjonctif et constituant des pelotons inextricables.

De l'adénome malin, l'on peut passer à l'épithélioma de façon presque insensible.

En résumé:

a) *Au point de vue histologique,* retenons ces deux points importants:

1° La *grande fréquence des lésions d'endométrite dans les utérus fibromateux;*

2° La *transition possible de l'endométrite à l'adénome malin et à l'épithélioma.*

b) *Le point de vue pathogénique* proprement dit est encore obscur.

D'un côté, en effet, l'on ignore encore la véritable cause de la fréquence de l'endométrite dans les fibromes; d'autre part, le facteur qui préside aux transformations histologiques des lésions d'endométrite en celles de tumeur maligne est également méconnu.

Mais, quoi qu'il en soit et quel que soit ce facteur, il n'en reste pas moins acquis que:

L'ENDOMÉTRITE PRÉDISPOSE AU CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS, ET SI LE FIBROME EST UNE CAUSE FAVORISANTE AU DÉVELOPPEMENT DES TUMEURS MALIGNES, C'EST PARCE QU'IL ENTRAÎNE LUI-MÊME DES LÉSIONS INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'ENDOMÈTRE.

b) Dégénérescence sarcomateuse des fibromes

Ce qui rendait complexes les problèmes pathogéniques précédemment exposés, c'est que le fibromyome, qui est formé de tissu musculaire et conjonctif, c'est-à-dire d'éléments ayant pour origine le feuillet moyen du blastoderme, ne peut, en raison même de sa structure histologique et de cette origine embryonnaire, donner naissance à une tumeur épithéliale.

Ici, au contraire, la question se simplifie, les deux ordres de tumeurs dérivant des mêmes éléments conjonctifs.

Ainsi, tandis que, dans le premier cas, le fibrome ne pouvait que favoriser l'éclosion dans son voisinage d'une tumeur maligne épithéliale, ici, au contraire, les éléments constitutifs du fibrome sont suffisants à eux seuls pour faire du sarcome.

Il ne s'agit, en somme, que de la dégénérescence d'une tumeur bénigne: fibrome, en une autre tumeur également conjonctive, qui n'en diffère que par la malignité: sarcome.

La question se résume donc à un problème de pathogénie générale des tumeurs. Nous ne l'aborderons pas.

Quant à l'*histogénèse,* elle se simplifie, le sarcome pouvant se développer aux dépens des:

1° *Fibres conjonctives;*

2° *Cellules endothéliales des capillaires sanguins* toujours très dilatés dans les fibromes. C'est la théorie vasculaire soutenue par Pilliet et Costes;

3° *Fibres musculaires lisses,* qui constitueraient, par leur prolifération atypique, une tumeur maligne spéciale:

le *léiomyome malin,* bien décrit par Paviot et Bérard et par Pick. (Voir Villard, Th. Lyon, 1905.)

Signalons, pour terminer, que *la dégénérescence sarcomateuse des fibromes s'observe plus rarement que la coexistence de fibromes et d'épithéliomas,* comme le montrent les tableaux suivants:

Noble, sur 1.118 fibromes, a trouvé:

29,	c'est-à-dire	2,4 °/₀	cancers du corps
12	—	1 °/₀	— col
22	—	1,8 °/₀	sarcomes
2	—	0,16 °/₀	chorio-épithéliomas

Mac Donald, sur 700 fibromes:

35,	c'est-à-dire	5 °/₀	épithéliomas
20	—	2,9 °/₀	adénocarcinomes
7	—	1 °/₀	sarcomes
6	—	0,5 °/₀	carcinomes
2	—	0,29 °/₀	chorio-épithéliomas

ce qui fait, approximativement, une proportion de un sarcome pour deux épithéliomas, alors que, en dehors de leurs rapports avec les fibromes, la proportion de ces deux tumeurs malignes est de un sarcome pour trente épithéliomas.

c) Origine des tumeurs mixtes

Ce chapitre de pathogénie nous arrêtera peu, ces tumeurs étant, nous l'avons déjà dit, exceptionnelles.

La théorie de Pfannenstiel, qui suppose aux éléments histologiques de ces tissus un pouvoir métaplasique considérable leur permettant de transformer leur type histo-

logique, semble insuffisante à expliquer la coexistence de tissus multiples et aussi variés que ceux que l'on observe parfois.

La théorie de l'origine embryonnaire tératoïde semble seule applicable. Des îlots mésenchymateux seraient inclus dans la paroi utérine et y resteraient à l'état latent jusqu'au jour où, sous l'influence d'une cause encore mal connue, ils prolifèreraient en formant les divers tissus qu'ils fournissent normalement.

L'inclusion de ces îlots de mésenchyme s'explique aisément puisque ce tissu entoure le corps de Wolff à son origine.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE — DIAGNOSTIC

A. — Symptomatologie

Nous envisagerons successivement dans ce chapitre : les symptômes fonctionnels, les diverses formes cliniques suivant la prédominance de tel ou tel de ces symptômes et, enfin, les signes physiques et les moyens d'exploration les plus récents : hystéroscopie et surtout curettage explorateur.

I. — Analyse des symptômes fonctionnels

a) Hémorragies. — C'est là le symptôme capital, étant donné qu'il est le premier en date et qu'il est, en somme, le seul qui doive attirer l'attention de la malade. *Trois cas sont à envisager :*

1° *La femme est en pleine période d'activité génitale* quand elle commence à perdre de façon anormale et irrégulière. Ce sont des métrorragies, parfois considérables et susceptibles d'anémier rapidement la malade.

2° C'est *au moment de la ménopause* que débutent les pertes. Au lieu de s'espacer de plus en plus, les périodes menstruelles se rapprochent et les hémorragies sont de plus en plus abondantes.

3° *La ménopause s'est produite régulièrement;* c'est quelques mois, ou plus souvent quelques années après, que la malade se remet à perdre. C'est là le cas le plus fréquent. En général, quand les hémorragies ne sont pas trop considérables, elles ne suffisent pas à inquiéter la malade et c'est dans un calme trompeur, commandé par cette idée vraiment dangereuse d'un « *retour des règles* », que la malade laissera le temps à la néoplasie de prendre une plus large extension.

Or, après la ménopause, un utérus sain ne doit plus saigner. Toute hémorragie survenant à ce moment doit paraître suspecte.

Quant ces notions seront connues par la majorité des femmes, l'on verra l'opérabilité des cancers du corps de l'utérus augmenter de façon remarquable.

Un point intéressant est à signaler ici, c'est que, étant donnée la lente évolution de ces néoplasmes, les hémorragies précoces ne proviennent pas de la destruction des vaisseaux, mais d'une congestion de la muqueuse d'ordre réflexe et provoquée par le voisinage de la tumeur.

b) Leucorrhées. — Ces pertes sont rares au début, à moins que le néoplasme ne se soit développé sur un utérus atteint d'endométrite. Ce point différencie justement les cancers du col et ceux du corps, car les premiers sont rapidement infectés et deviennent vite l'origine d'écoulement sanieux, tandis que l'*infection d'un néoplasme de la cavité utérine est très tardive.* Souvent même elle ne se produit jamais.

c) Hydrorrhée. — Cet écoulement séreux, quelquefois mélangé de sang ou de pus, a été surtout étudié par Mlle Coutzarida (1), dans sa thèse. Elle a insisté sur sa fréquence. Elle va même jusqu'à en faire un signe pathognomonique du cancer du corps de l'utérus. L'écoulement est souvent abondant. Son odeur âcre et tenace permettrait, d'après Mlle Coutzarida, dans nombre de cas, de faire un diagnostic sans autre examen, à l'approche de la malade.

Mais, en réalité, *ce symptôme n'est nullement particulier au cancer du corps.* On l'observe, en effet, dans d'autres tumeurs, notamment dans les fibromes.

C'est, d'ailleurs, un *signe de la période avancée du cancer.* Il ne présente donc pas d'intérêt pour le diagnostic précoce de l'affection.

d) Issue de débris néoplasiques. — C'est là aussi un symptôme très tardif, rare d'ailleurs.

e) Douleurs. Leur valeur séméiologique. — Dans son *Traité des maladies des femmes,* Courty a posé cet axiome gynécologique : « *nimium ne crede dolori* ». Nul n'ignore, en effet, que, dans les affections utérines, la douleur est un signe inconstant et trompeur, dont l'intensité est trop souvent en disproportion flagrante avec la gravité du mal.

Dans le cancer utérin, en particulier, cette formule est exacte en ce qui concerne l'irrégularité, la variabilité des phénomènes douloureux au point de vue de leur fréquence, de leur précocité, de leur intensité et de leur siège.

Mais ce sont là des faits trop connus pour que nous y

---

(1) *Mlle Coutzarida.* Hydrorrhée dans le cancer du corps de l'utérus. Thèse Paris, 1884.

insistions davantage. Qu'il nous suffise de répéter, avec les classiques, que : la douleur n'a pas de valeur diagnostique dans les cancers utérins.

Nous ajouterons même que, si nous espérons arriver à faire un diagnostic précoce, condition indispensable d'un succès opératoire et d'une guérison définitive, la douleur doit être considérée comme un symptôme, non pas du cancer proprement dit, mais de ses complications.

Mais, *si elle n'a pas de valeur diagnostique à proprement parler, la douleur est, par contre, un élément important de pronostic et d'opérabilité dans le cancer du corps utérin.*

Après avoir passé en revue leurs différents caractères cliniques, nous en étudierons la pathogénie. Nous verrons ainsi que les douleurs sont attribuables à différentes causes, et que, dans la majorité des cas, à chaque cause correspondra un type de douleurs assez bien défini au point de vue clinique, de telle sorte que les caractères de ces phénomènes douloureux pourront nous renseigner approximativement sur l'extension du néoplasme et sur son pronostic.

Caractères cliniques généraux des douleurs. — Les auteurs classiques ne sont nullement d'accord sur les caractères principaux des douleurs. D'après les uns, en effet, elles seraient le plus souvent absentes durant toute l'évolution de l'affection ou, en tous cas, très tardives; d'après les autres, au contraire, et ceux-ci constituent la majorité, le cancer du corps utérin serait caractérisé par l'apparition précoce des phénomènes douloureux, contrairement au cancer du col, dans lequel les douleurs sont tardives et symptomatiques d'une large extension du néoplasme.

Ces discordances entre les statistiques en ce qui concerne la fréquence et l'intensité de la douleur sont, en vérité, plus apparentes que réelles.

Il suffit, en effet, de consulter les observations complètes dans lesquelles il est fait mention des douleurs, d'une part, et de l'invasion des tissus utérins et para-utérins, d'autre part, pour se convaincre que, *dans la majorité des cas, les divers caractères de la douleur sont en rapport avec le degré d'extension du néoplasme.*

Fréquence. — D'après Valat, la douleur, dans un grand nombre de cas, fait totalement défaut pendant tout le cours de l'affection.

D'après Bisch, on la rencontre dans la moitié des cas environ.

Bruyère, sur 53 cas de cancers du corps, en a signalé dix, dans lesquels les douleurs faisaient totalement défaut.

Par contre, Pichot a trouvé seulement 4 cancers douloureux sur 24 cas.

Nous n'insisterons pas davantage sur le peu de signification de cette fréquence considérée de façon absolue. Dans ces statistiques, il faut, en effet, tenir compte avant tout d'un fait essentiel : le stade d'évolution du néoplasme.

Début. — Il est également variable, la douleur étant plus ou moins précoce suivant le siège primitif de la tumeur maligne et aussi suivant la plus ou moins grande rapidité de son extension.

I. C'est ainsi que, *dans certains cas, la douleur peut être le premier symptôme.* Ce point a été tout particulièrement étudié par Bisch, qui a distingué des cancers du corps utérin à début essentiellement douloureux.

Ces cas correspondent, comme nous le verrons plus loin, à des *tumeurs malignes dont le point de départ est intra-pariétal,* c'est-à-dire siège au milieu de la couche musculaire. Nous en donnerons comme exemple :

1° La *dégénérescence sarcomateuse d'un fibromyome;*

2° Le *myome malin primitif;*

3° L'*adénome malin* qui, s'il n'a pas un siège primitif intramusculaire, envahit du moins rapidement le muscle;

4° La *dégénérescence maligne d'un adénomyome;*

5° Le *sarcome primitif* d'origine conjonctive *de la couche musculaire.*

II. Les douleurs peuvent survenir *à la période d'état,* en même temps que les métrorragies.

III. Enfin, elles peuvent débuter *à la période terminale* de l'affection, comme l'a démontré Kampermann. Nous reviendrons sur ces douleurs tardives à propos de la pathogénie.

Intensité. — L'on peut, à ce propos, diviser les douleurs en plusieurs groupes :

a) Un premier type est caractérisé par des *douleurs légères, continues,* une sensation de pesanteur vague.

b) Un second type est constitué par des *douleurs vives, moins régulières, avec exacerbations.* Ce sont de véritables coliques utérines.

c) Enfin, un dernier type, très nettement individualisé, consistant en des *crises douloureuses paroxystiques survenant régulièrement à une heure précise de la journée ou de la nuit,* durant quelques heures et se renouvelant les jours suivants absolument dans les mêmes conditions.

Sans empiéter sur le chapitre de la pathogénie, disons dès maintenant que ce type de douleurs a été bien décrit par Simpson et Pozzi, qui l'ont donné comme pathogno-

monique du cancer du corps. Nous reviendrons plus tard sur leur véritable signification.

Siège. — Le point de départ et les irradiations de la douleur sont très variables. Le plus souvent, le siège principal est la région sus-pubienne, la propagation se faisant par ordre de fréquence dans les flancs, la région lombaire, la vulve et le périnée, les cuisses, l'hypogastre et la région épigastrique.

Parfois, la douleur se fait ressentir sous la forme de crampes dans les membres inférieurs.

D'autres fois, enfin, l'on observe des douleurs à la miction ou des épreintes rectales.

Laroyenne a prétendu que les douleurs se propageraient surtout vers les crêtes iliaques et la région fessière.

Pathogénie des douleurs. — Les douleurs, dont nous venons d'entrevoir les différents types cliniques au point de vue de l'intensité et du siège, relèvent également de *causes diverses*. Tâchons donc d'en élucider la pathogénie.

Diverses théories ont été tour à tour proposées et discutées.

C'est ainsi, d'abord, que Hofmeier et Schrœder ont attribué les douleurs à la *rétention des sécrétions* résultant de l'oblitération de l'orifice interne du col par le néoplasme.

Ces douleurs paroxystiques résulteraient donc de la distension de la cavité utérine par les produits contenus à son intérieur. Elles cessent, d'ailleurs, momentanément, après l'expulsion de ces sécrétions.

Pozzi, Broca et Cornil ont ensuite invoqué de véritables *névrites par propagation* le long des nerfs de l'utérus, comme dans le cas de cancer du col, mais nous sa-

vons que cette extension du néoplasme du corps est très tardive et survient dans les périodes ultimes de l'évolution, alors que l'intervention chirurgicale n'a plus d'indications.

Enfin, Boissier a accordé un rôle important à la formation d'adhérences et aux *poussées de périmétrite et de pelvipéritonite*. Mais il s'agit là encore de douleurs tardives.

Rappelons que Simpson et Pozzi ont insisté sur un type clinique spécial de douleurs paroxystiques et récidivantes qu'ils ont donné comme pathognomonique d'une tumeur maligne du corps utérin.

En réalité, ces diverses conceptions pathogéniques sont toutes exactes. Chacune d'elles répond, en effet, à un type clinique bien particulier de ces douleurs.

Or, nous avons vu qu'au point de vue séméiologique, l'on peut considérer :

1° Des crises douloureuses paroxystiques ;

2° Des douleurs continues et vives avec irradiations diverses et sensation de pesanteur ;

3° Des coliques utérines.

Hâtons-nous cependant de dire que les premières, seules, constituent une entité clinique véritable, les deux autres types étant susceptibles d'être observés simultanément dans un même cas.

1° *Les crises douloureuses paroxystiques répondent à une rétention intra-utérine soit des sécrétions muco-purulentes, soit du sang.*

Le premier type de ces douleurs a été, comme nous l'avons déjà vu, bien étudié par Hofmeier et Schrœder.

Le second type correspond à l'HÉMATOMÉTRIE par imperméabilité du canal cervical ou simplement de son orifice interne envahi par le néoplasme du corps.

Les caractères de ces douleurs sont typiques. Ce sont des douleurs expulsives, intermittentes, pouvant diminuer jusqu'à disparaître complètement pendant quelques jours, quelques semaines même, pour reparaître ensuite sous forme de crise aiguë, de durée et d'intensité variables, suivant les cas.

La cavité utérine, en effet, distendue par son contenu, tâche de l'expulser et, pour cela, le muscle utérin entre en contraction et finit par réussir à vaincre l'obstacle. Il se produit alors une véritable débâcle sanguine, suivie de l'arrêt de l'écoulement et de la cessation des douleurs.

Donc, *les douleurs aiguës, paroxystiques, disparaissant après l'évacuation de l'utérus, sont pathognomoniques d'une hématométrie ou, plus rarement, d'une pyométrie.*

2° Les *douleurs continues,* plus régulières que les précédentes, mais susceptibles cependant de présenter des exacerbations avec irradiations diverses, surtout vers les fosses iliaques et la région lombaire, relèvent, en général, de l'une des deux causes suivantes: soit *l'extension du néoplasme à la séreuse* [observation de Vignard] (1), soit l'invasion de la base du ligament large et la *névrite* par propagation le long des nerfs de l'utérus; mais, dans ces cas, le cancer a franchi, en général, les limites de l'opérabilité et le toucher vaginal montre l'utérus immobilisé dans le petit bassin.

3° Enfin, nous pouvons avoir affaire à un troisième type de douleurs moins vives et plus régulières qui est loin de constituer une contre-indication opératoire.

Ce type correspond à une *invasion par les bourgeons*

---

(1) *Vignard.* Epithélioma corps utérin. Gazette médicale de Nantes, 1904, page 214.

néoplasiques du tissu musculaire de l'utérus avec intégrité du péritoine et des organes avoisinants.

Ce point a été très discuté et est encore, à l'heure actuelle, loin d'être admis par tous les auteurs.

Cependant, il semble acquis, et c'est ce que nous tâcherons de montrer, que *les tumeurs malignes du corps utérin peuvent être douloureuses par elles-mêmes, soit quand leur siège primitif est intramusculaire, soit quand, ayant un point de départ muqueux, elles ont envahi secondairement la coque musculaire de l'utérus.*

Ceci n'a rien de surprenant si l'on songe à l'*organisation du système nerveux intra-utérin.*

Keiffer a mis, en effet, en évidence, grâce à la méthode de Golgi, la richesse du plexus nerveux intramusculaire. Il est surtout développé, en effet, dans la coque musculaire de l'utérus, plus exactement dans les nappes de tissu conjonctif interposées aux faisceaux musculaires. Ces cellules nerveuses sont manifestement sympathiques. Elles constituent, en certains endroits, de véritables nids cellulaires qui se groupent en formant de véritables ganglions sympathiques.

D'autre part, les lésions des ganglions sympathiques de l'utérus, dans les cas de cancers, sont trop connues pour que nous y insistions. Jonnesco en a fait une étude complète qu'il a présentée au IV[e] Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Rome: cellules tuméfiées avec chromolyse centrale intense et protoplasma vitreux, telles sont les principales lésions observées.

Ces lésions des ganglions sympathiques extra-utérins sont la cause de douleurs tardives dans le cancer du col. L'on peut très bien concevoir qu'il puisse en être de même dans le cancer du corps. Seulement ici, le néoplasme étant, dès son début, en contact avec les ganglions sympathi-

ques qui sont inclus dans la paroi musculaire, l'on comprend que les douleurs soient précoces.

Cette conception n'est pas seulement théorique, ce n'est pas une simple vue de l'esprit, car, si l'on n'a pu réussir jusqu'à présent à mettre en évidence les lésions des cellules nerveuses sympathiques contenues dans la paroi utérine, dans les cas de cancer du corps, l'examen clinique, suivi d'un examen anatomopathologique, contribue fortement à soutenir cette idée, en nous faisant constater que, *lorsque le muscle est intact, le cancer est, en règle générale, indolore, et inversement.*

C'est ce que nous pouvons constater dans la majorité des observations, dont nous donnons ci-dessous les types les plus nets :

I. — Observations de cancers primitifs de la muqueuse avec intégrité du muscle constatée à l'examen histologique. — Ces cas ne s'accompagnent pas de phénomènes douloureux :

1. Thèse Paul Boissier, obs. V.
2. Thèse Paul Boissier, obs. VI.
3. Thèse Paul Boissier, obs. XI.
4. Thèse Paul Boissier, obs. IV.
5. Jeannel, *in* Thèse Soulier, obs. XXXIV.
6. Siredey et Lemaire, *in* Th. Honnoré.
7. Chateau, *Journal des sciences médicales de Lille.*
8. Jouon et Vignard, *in* Th. Aubry.
9. Delval et Massart, *in* Th. Soulier.
10. Demons, *in* Th. Soulier.
11. Murray et Little, *Journ. of obst. and gyn.*, 1914.
12. Soulier, Th. Toulouse, 1908.

Le nombre de ces observations est forcément limité du fait que les examens histologiques détaillés sont malheureusement fort rares dans les observations publiées.

II. — Observations de cancers à siège primitivement musculaire. — Ces tumeurs sont douloureuses dès le début.

A. *Dégénérescence sarcomateuse des fibromyomes*

Jeannel, *in* Th. Soulier (1), obs. XXXIII.
Jeannel, *in* Th. Soulier, obs. XXXV.
Bauby, *in* Th. Soulier, obs. XXXVI.

Mais avant d'établir ici que le cancer est la cause des douleurs observées, il faut éliminer les douleurs que pourrait causer le fibrome lui-même, soit par les compressions qu'il entraîne, soit par l'annexite qui l'accompagne dans 60 0/0 des cas.

B. *Myome malin primitif*

D'après Villard (2), *in* Th. Lyon, 1905, les tumeurs malignes primitives du muscle utérin sont toujours douloureuses. Ces douleurs sont intenses et précoces dans la grande majorité des cas, rarement tardives; tantôt vagues, sourdes, profondes; tantôt, au contraire, très aiguës et lancinantes. Elles peuvent devenir intolérables, les caractères sont tellement accusés que l'on peut dire que les douleurs aiguës et précoces sont un bon signe de myome malin primitif.

Obs. de Proust-Caraven (3) et Robin (4).

C. *Adénome malin*

Cette tumeur, que l'on doit considérer comme une forme évolutive jeune de l'adénocarcinome, est caractérisée par sa tendance précoce à pénétrer profondément le muscle utérin. La douleur y est également un symptôme de début, dont la fréquence est tout à fait caractéristique. On la retrouve, en effet, dans les douze

---

(1) *Soulier*. Fibrome et cancer. Th. Toulouse, 1907-08.
(2) *Villard*. Myome malin primitif. Th. Lyon, 1905.
(3) *Proust-Caraven*. Bullet. et Mém. Soc. Anat. Paris, 1905.
(4) *Robin*. Th. Bordeaux, 1912.

observations d'adénome malin du col, ainsi que dans les neuf observations d'adénome malin du corps rapportées dans la thèse d'Olivares (1).

D. *Dégénérescence maligne des adénomyomes*

Ces tumeurs, formées aux dépens des débris épithéliaux hétérotopiques préexistant dans la paroi musculaire, sont capables de dégénérer et s'accompagnent alors presque toujours et de façon précoce de phénomènes douloureux.

E. *Sarcomes primitifs de la couche musculaire*

Observations VI, VIII, XI de la thèse de Robin.

III. — Observations de cancers primitifs de la muqueuse utérine ayant envahi secondairement le muscle utérin

Nous avons vu que les cancers primitifs de la muqueuse peuvent s'y localiser un certain temps et sont alors, en général, indolores. Mais il est malheureusement assez rare que le diagnostic soit fait de façon aussi précoce. Plus souvent, la malade vient consulter au moment où des boyaux épithéliaux ont déjà envahi le muscle utérin. Or, nous pouvons constater qu'alors les cancers du corps sont devenus douloureux.

Les observations suivantes en sont une preuve :

1. Thèse Boissier, obs. I.
2. Thèse Boissier, obs. II.
3. Thèse Boissier, obs. III.
4. Thèse Boissier, obs. VII.
5. Thèse Lecca.
6. Thèse Piquand, obs. I.
7. Bauby, *Toulouse Médical*, 1903.
8. Valat, *Bull. Société anatomie*, 1887.

---

(1) *Olivares.* Adénome malin de l'utérus. Th. Paris, 1901.

9. Obs. Goullioud, *in* Thèse Bisch (Lyon, 1897).
10. Obs. I, Vitrac, *Gazette hebdom.*, Bordeaux, 1897.
11. Obs. II., Vitrac, *Gazette hebdom.*, Bordeaux, 1897.
12. Obs. Emanuel, *Zeitschr. f. Gebund. Gyn.*, 1897.
13. Vignard, *Gazett. méd. Nantes*, 1905, p. 214.
14. Delobel.
15. Bouglé.
16. Combris, Th. Paris, 1905.
17. Guillou, Th., obs. I.
18. Th. Soulier, obs. II.
19. Lambret, *in* Th. Robin.
20. Rigall, Th., obs. V.
21. Daniel et Cambon, *Marseille Médical*, 15 juin 1914.

Conclusions. — Il résulte de ce qui précède que, dans le cancer du corps utérin, la douleur a une signification toute autre que dans le cancer du col.

En effet, *en mettant de côté,* d'une part, les *cas rares de cancer du corps avec hématométrie* où le type des douleurs est bien spécial: douleurs intermittentes et paroxystiques et, d'autre part, les *douleurs très tardives indiquant une propagation aux organes voisins,* douleurs qui n'ont aucune allure clinique spéciale, mais dont la signification sera facilement révélée par l'examen local, l'on peut établir en principe que:

Dans la majorité des cancers du corps accompagnés de phénomènes douloureux, l'on peut se trouver en présence soit d'une tumeur maligne de la muqueuse ayant envahi secondairement le muscle, soit d'une tumeur maligne primitivement intramusculaire.

Dans l'un et l'autre cas, le cancer sera donc opérable et ici LA DOULEUR NE SERA PAS UNE CONTRE-INDICATION, comme elle l'est, en général, dans le cancer du col.

En présence d'un cancer du corps utérin douloureux, il

sera donc légitime d'escompter une guérison définitive, pourvu, toutefois, que l'examen local ne révèle pas d'adhérences avec les organes voisins.

II. — Formes symptomatiques

Des trois symptômes cardinaux que nous venons d'étudier: hémorragies, leucorrhées, douleurs, le premier est, sans conteste, de beaucoup le plus fréquent. On peut même dire qu'il ne fait jamais défaut.

Les leucorrhées sont, au contraire, rares et tardives. Quant aux douleurs, nous venons de voir qu'elles sont également inconstantes, n'apparaissant que lorsque le muscle utérin est atteint.

Nous passons volontairement sous silence l'hydrorrhée ou « watery discharge », vu son peu de valeur séméiologique.

Selon la prédominance de l'un des trois grands symptômes ci-dessus énumérés, nous pourrons donc distinguer trois formes cliniques spéciales:

1° Une *forme hémorragique,* baptisée trop souvent à tort métrite hémorragique;

2° Une *forme métritique,* caractérisée par l'abondance des leucorrhées;

3° Une *forme douloureuse* enfin, bien étudiée par Bisch.

Nous pouvons y ajouter deux autres formes cliniques:

4° Une *forme latente,* qui ne s'accompagne d'aucun symptôme, quoique toute la muqueuse de la cavité utérine soit dégénérée;

5° Une *forme de tumeur,* qui correspond à l'hématométrie, lésion qui relève elle-même de la rétention du sang à l'intérieur de la cavité, par suite de l'oblitération par la

tumeur du canal cervical. Cette collection sanguine est tellement abondante, dans certains cas, que la tumeur utérine remonte jusqu'à l'ombilic, parfois même au-dessus.

III. — Signes physiques

Ils sont d'un intérêt considérable en pratique, car ils permettent seuls de faire un diagnostic précoce.

a) Palper abdominal. — Il ne nous révèlera, en général, pas grand'chose, sauf dans lès cas où le corps utérin est manifestement augmenté de volume, c'est-à-dire :

1° Dans les cas de sarcome diffus de la muqueuse, où le fond utérin remonte au-dessus de la symphyse, parfois à l'ombilic. Cette tumeur est médiane et ovoïde. Elle est dure au palper ;

2° Dans les cas de sarcome primitif de la couche musculaire ;

3° Dans les cas de dégénérescence maligne des fibromes ;

4° Dans tous les cas de dégénérescence kystique des néoplasmes du corps utérin ;

5° Dans tous les cas d'hématométrie compliquant soit le cancer épithélial, soit le sarcome de la muqueuse. Le volume de la tumeur utérine peut être alors variable, d'une grosse orange à une grosse masse, remontant au-dessus de l'ombilic. La consistance en est pseudo-fluctuante.

b) Percussion. — Elle montrera, dans tous ces cas, de la matité au niveau de la région médiane et de la sonorité dans les flancs, ce qui permettra d'en faire le diagnostic avec les épanchements péritonéaux.

c) Toucher vaginal. — Il nous révèlera, dans la majorité des cas, l'intégrité absolue du col et l'imperméabilité du canal cervical au doigt.

Dans quelques cas rares, l'on pourra sentir des masses bourgeonnantes prolabées entre les lèvres du col.

Mais le toucher vaginal sera surtout précieux en ce sens qu'il nous renseignera sur la mobilité du corps utérin et sur l'état d'infiltration du paramétrium. Ce sera là un élément capital de pronostic et d'opérabilité.

Enfin, le toucher combiné au palper nous permettra, mieux que ce dernier, de préciser le volume du corps utérin.

d) Hystérométrie. — C'est le moyen le plus élémentaire d'explorer l'endomètre. Il est insuffisant dans la majorité des cas. Il est souvent dangereux, ce qui doit rendre très prudent dans son emploi. Il est susceptible cependant de nous fournir divers renseignements :

1° Il permet d'apprécier la hauteur de la cavité utérine. C'est dans ce but qu'il avait été utilisé d'ailleurs, pour la première fois, par Levret, en 1747, puis par Simpson.

2° Manié avec douceur, dans un utérus sain, l'hystéromètre doit en sortir sans être taché de sang. Il n'en est pas de même si la muqueuse est malade. Dans les cas d'endométrite simple, l'exploration intra-utérine produira, en effet, un suintement sanguin. Mais l'hémorragie sera beaucoup plus considérable s'il s'agit d'un cancer de la muqueuse, ce qui pourra faciliter le diagnostic;

3° Enfin, avec une certaine habitude de ce mode d'exploration, l'on peut arriver à sentir, avec l'hystéromètre, les saillies constituées par la tumeur. On en est averti par une sensation de ressaut brusque au niveau de ses bords indurés et par une sensation à la fois tactile et auditive de

frottements sur les portions rugueuses de la masse néoplasique.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces renseignements trop peu précis pour être importants, fournis par une *méthode d'exploration dangereuse,* d'autre part, car d'habiles chirurgiens, comme Lawson Tait, Valenta, Liebmann ont perforé la paroi utérine en l'utilisant.

e) Dilatation du col. — C'est le temps préliminaire des méthodes d'exploration que nous allons étudier tout à l'heure: dactyloscopie, hystéroscopie, curettage explorateur.

Cette dilatation du col peut être obtenue avec des dilatateurs mécaniques à deux ou à trois branches ou bien avec les bougies de Hégar ou bien, enfin, de façon plus lente, avec des tiges de laminaire. Dans tous les cas, la *dilatation sera faite avec beaucoup de précautions,* étant donnée la friabilité des tissus.

La dilatation digitale, préconisée par Sécheyron, de Toulouse, est, le plus souvent, irréalisable.

Les procédés divers que nous venons d'énumérer fournissent quelquefois une dilatation qui n'est pas suffisante pour que l'on puisse se livrer commodément à certaines explorations, telles que la dactyloscopie.

C'est alors que l'on a pratiqué l'*hystérostomie exploratrice.* Elle consiste à faire une incision bilatérale du col aux ciseaux jusqu'à l'insertion vaginale.

Martin et Pozzi font une incision bilatérale complète du col qu'ils font précéder de la ligature préalable des artères utérines ou, du moins, de leurs branches cervicovaginales.

f) Dactyloscopie. — Une fois le col bien dilaté, le toucher intra-utérin est chose relativement facile.

Le doigt explorera successivement les diverses faces de l'utérus et pourra y révéler la présence d'une tumeur bourgeonnante ou, au contraire, d'une ulcération.

Signalons la difficulté de bien explorer les angles et aussi la possibilité d'erreurs de diagnostic provoquées par la présence d'un polype ou d'un petit fibrome sous-muqueux, de fragments placentaires ou même des saillies exagérées de l'arbre de vie.

Le doigt pourra ramener des débris de tumeurs et, dans ces cas, le curage digital suffira à établir le diagnostic.

Mais, de façon générale, le toucher intra-utérin est difficile et ne donne que des résultats incertains. Il est inférieur aux procédés suivants.

g) Hystéroscopie. — Vulliet, de Genève, inaugura cette méthode en dilatant le canal cervico-utérin par un bourrage aux tampons, jusqu'à ce que le regard puisse tomber directement dans la cavité.

Puis, Jobert de Lamballe, Mathieu et Collin employèrent successivement divers modèles de spéculum intra-utérin.

Mais l'on conçoit aisément qu'il soit difficile, dans de pareilles conditions, de faire un examen complet de l'endomètre.

Une première modification importante fut apporté par Pantaléoni et Clado, qui inventèrent l'*hystéroscope à éclairage externe*. L'appareil ainsi nommé se compose simplement d'un tube cylindrique, que l'on introduit dans la cavité utérine, et d'un appareil d'éclairage électrique que l'on adapte à l'extrémité externe du tube.

Mais cette méthode d'éclairage externe est le plus souvent insuffisante.

On lui opposa l'*éclairage interne*, qui permet de voir la

muqueuse utérine avec plus de netteté. L'hystéroscope de Judet, basé sur ce principe, est un tube près de l'extrémité interne duquel se trouve une petite lampe électrique dont les fils conducteurs de courant passent à l'intérieur du tube et en sortent par l'orifice externe.

Le docteur R. Jacques, de Marseille, a inventé un appareil plus perfectionné, qui se compose de deux tubes métalliques s'emboitant l'un dans l'autre, de telle façon qu'entre les deux il existe un espace ouvert sur toute la circonférence de l'extrémité interne du tube et communiquant à l'extérieur avec un appareil chargé de faire l'aspiration. Le sang s'écoule ainsi entre les deux enveloppes métalliques et ne gêne pas la vision.

Cependant, les utérus atteints d'épithélioma de la muqueuse saignent souvent si abondamment, au simple contact de l'hystéroscope, que tout le champ visuel est obscurci.

C'est dans ces cas que nous avons utilisé, avec succès, le petit artifice suivant: *badigeonnage préalable de l'endomètre avec un tampon d'ouate imprégné d'une solution d'adrénaline au* 1/1000e. Le suintement sanguin s'arrête alors quelques instants, ce qui permet l'examen.

L'hystéroscope est-il un moyen pratique de diagnostic?

Il permettra facilement de reconnaître des végétations de la muqueuse ou des ulcérations, ou bien encore de petits polypes sous-muqueux. Mais le meilleur hystéroscope, manié par l'opérateur qui soit le plus rompu à ce procédé d'exploration, n'est après tout qu'un *moyen de diagnostic macroscopique*. Or, dans les cas qui nous occupent, il est, le plus souvent, impossible, en se basant sur un simple examen de ce genre, d'établir un diagnostic certain entre l'épithélioma de la muqueuse au début et certaines endométrites villeuses, entre un cancer de l'endomètre à

forme polypeuse et un petit polype bénin sous-muqueux, entre un sarcome des couches profondes de la muqueuse et un fibrome sous-muqueux, entre des végétations d'épithélioma et un polype placentaire.

Le diagnostic ne se fera pas macroscopiquement. Les erreurs seront en tous cas fréquentes. *Ce que nous demanderons donc à l'hystéroscopie,* et nous ne sommes pas en droit d'en exiger davantage, *ce sera de nous permettre de localiser le point malade pour que la curette puisse l'entamer à coup sûr, et en ramener des débris pour l'examen histologique.*

L'hystéroscopie nous permettra donc de faire ensuite un curettage explorateur, nous pourrions presque dire sous le contrôle de la vue.

h) Curettage explorateur. — Curetter l'utérus pour en ramener des débris de tissus malades et les examiner ensuite sous le microscope, voilà le principe. Quant à l'objection, la voici; elle a été formulée de tout temps: c'est là un moyen aveugle, car la curette peut passer trop rapidement et trop superficiellement sur le point malade, surtout quand il est bien localisé comme dans le cancer de la muqueuse au début, ou bien ces débris de tissus suspects, après avoir été mélangés à des morceaux de muqueuse saine retirés par la curette, peuvent passer inaperçus et ne pas être examinés.

Cette objection est logique et juste. Nous avons vu que l'*examen hystéroscopique préalable* est le seul moyen certain d'y remédier.

Ainsi, par exemple, supposons que nous ayons trouvé une muqueuse suspecte au niveau de la partie moyenne de la face latérale droite de l'utérus, c'est en ce point et en

ce point là seulement que nous recueillerons, avec la curette, des débris destinés à l'examen histologique.

Car, si nous avions curetté tout l'endomètre, les débris auraient été trop abondants, les portions malades auraient donc pu être jetées sans avoir été examinées.

Nous n'insisterons pas sur les détails de technique de préparation et d'examen de ces débris. Nous renvoyons pour l'étude de ces questions aux excellentes thèses de Auguste Pettit et, surtout, de Mme L. Honnoré (Paris, 1914).

En résumé, le seul procédé certain de diagnostic des tumeurs malignes de l'endomètre est le suivant : faire d'abord un examen hystéroscopique pour localiser le mieux possible la région malade et y diriger ensuite la curette qui ramènera les débris suspects. Ceux-ci seront examinés microscopiquement par un spécialiste.

B. — Diagnostic

Des quatre symptômes capitaux qui peuvent accompagner les cancers du corps de l'utérus : tumeurs, hémorragies, leucorrhées et douleurs, le dernier, comme nous l'avons déjà vu, n'a pas de valeur diagnostique.

La possibilité de l'existence d'une tumeur maligne du corps utérin peut donc être envisagée dans trois cas nettement définis :

1° L'on se trouve en présence d'une tumeur utérine ou para-utérine ;

2° L'on se trouve en présence d'une malade atteinte de métrorragies avec un utérus peu ou pas augmenté de volume ;

3° La malade accuse surtout des leucorrhées.

Le diagnostic différentiel variera considérablement dans l'un et l'autre cas. C'est pour cette raison que nous allons les passer en revue séparément:

1° Il existe une tumeur utérine ou para-utérine. — Après avoir éliminé:

1° La *grossesse;*
2° Le *fibrome simple;*
3° Le *kyste de l'ovaire;*

l'on discutera le diagnostic entre:

1° Le *sarcome diffus de la muqueuse.* Cette tumeur est facile à diagnostiquer par le curettage explorateur.

2° Le *sarcome primitif de la couche musculaire,* qui ne pourra se diagnostiquer qu'après l'intervention sur des coupes histologiques pratiquées en pleine tumeur.

3° La *dégénérescence maligne d'un fibromyome.* Une augmentation rapide de volume d'un utérus fibromateux, avec accroissement des métrorragies et apparition de phénomènes de compression: constipation, troubles vésicaux, douleurs dans les membres inférieurs, doit faire penser à une dégénérescence maligne de ce fibrome.

Remarquons toutefois que le *myome rouge* (1), tumeur bénigne télangiectasique, se présente avec les mêmes caractères cliniques: évolution rapide, hémorragies profuses, douleurs abdominales très vives, mais aussi une hyperthermie caractéristique, résultant du processus inflammatoire qui commande la néoformation vasculaire.

---

(1) *Py.* Myomes rouges de l'utérus. Th. Montpellier, 1913

4° La *dégénérescence kystique des néoplasmes du corps.*

Ici, également, l'augmentation de volume de la tumeur utérine sera rapide. Seulement la consistance en sera pseudo-fluctuante. Quand cette dégénérescence kystique aura suffisamment évolué, l'idée d'un néoplasme malin s'effacera devant le diagnostic de kyste pelvien.

Le diagnostic est, d'autre part, impossible à faire entre cette dégénérescence kystique des cancers du corps utérin et les *kystes primitifs d'origine embryonnaire de l'utérus* (1).

Les *kystes hydatiques* sont exceptionnels.

5° L'*hématométrie* compliquant les cancers du corps utérin.

Les caractères particuliers des phénomènes douloureux, que nous avons déjà décrits au chapitre de la symptomatologie, sont suffisamment caractéristiques pour permettre un diagnostic. La dilatation du col donnera issue au sang contenu dans la cavité.

2° En présence de métrorragies, l'on éliminera successivement:

1° Les *rétentions placentaires* post abortum;

2° La *fibromatose utérine;*

3° La *métrite chronique,* d'origine inflammatoire, à forme hémorragique;

4° Les *polypes muqueux;*

5° Les *fibromes sous-muqueux;*

6° L'*angiosclérose utérine,* qui relève de plusieurs causes: *arthritisme, tuberculose* et surtout *syphilis.*

Le *diagnostic entre le cancer et la tuberculose du corps*

(1) *Salva Mercadé.* Kystes et abcès de l'utérus. Th. Paris, 1906.

utérin est très délicat. Il ne peut se faire que grâce à un examen histologique. Il est d'autant plus difficile, d'ailleurs, qu'assez souvent les deux lésions coexistent.

Signalons rapidement les principaux symptômes qui sont susceptibles de caractériser la tuberculose du corps utérin (1) : hémorragies légères, hydrorrhée fréquente et abondante, douleurs vives exacerbées par la fatigue et les cahots. Mais n'ayons crainte de répéter que le curettage explorateur est le seul moyen certain de trancher le diagnostic.

L'*artérite syphilitique* est aussi fréquemment la *cause de métrorragies* (2). Le diagnostic différentiel se basera sur l'étude soigneuse des anamnestiques, la recherche des antécédents syphilitiques et le traitement d'épreuve.

Ces diverses affections étant éliminées, l'on pourra porter le diagnostic de tumeur maligne du corps utérin. Le curettage explorateur nous renseignera alors pour savoir s'il s'agit d'un épithélioma ou d'un sarcome de la muqueuse.

3° En présence de leucorrhées, l'on éliminera, grâce au curettage explorateur.

1° La *métrite chronique simple;*

2° L'*endométrite fétide des femmes âgées* (3), souvent semblable au cancer par la gravité de ses symptômes, leur marche rapide et surtout la fétidité des leucorrhées et le retentissement sur l'état général : amaigrissement, teint jaune paille. Un simple curettage suffit pourtant à guérir ces lésions.

---

(1) *Guillon.* Coexistence de la tuberculose et du cancer de l'utérus. Th. Paris, 1912.

(2) *Goldenstein.* Métrorragies d'origine syphilitique. Th. Paris, 1908.

(3) *G. Maurange.* Presse médicale, 1895.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Avant d'entreprendre l'étude des indications opératoires, il est absolument indispensable de préciser certains points que nous avions simplement esquissés dans le chapitre de l'anatomie pathologique, à savoir les divers modes d'extension et de propagation des néoplasmes du corps utérin.

Propagation du cancer du corps

Ici, de même que pour les tumeurs malignes en général, la propagation peut se faire:

1° Par les *lymphatiques;*

2° Par *contiguïté;*

3° Par la *voie sanguine.*

Ce dernier mode de généralisation nous intéressant peu au point de vue pratique, nous le négligerons de parti pris dans cet exposé.

Nous n'envisagerons donc que les deux premiers processus d'extension de la tumeur.

I. Voie lymphatique. — C'est elle qui joue le rôle principal dans les cas de cancers du col. Nous allons voir qu'il est loin d'en être de même ici.

Un rapide exposé de la disposition anatomique des lymphatiques du corps utérin facilitera notre étude.

Les lymphatiques du corps utérin (1) peuvent être divisés en trois pédicules :

a) Le *pédicule principal, ou utéro-ovarien,* est constitué par la réunion de deux ou trois troncs qui collectent les lymphatiques de la région de la corne utérine. De là, il longe le bord supérieur du ligament large, passe sous l'ovaire, où il se réunit aux lymphatiques de cet organe, et va enfin s'accoler aux vaisseaux utéro-ovariens. Avec eux, il se rend vers la région lombaire et va ensuite s'aboucher dans les ganglions lombaires moyens, placés en avant de l'aorte et de la veine cave inférieure, au niveau du pôle inférieur du rein.

b) Le *pédicule moyen,* résultant de la réunion des lymphatiques de la partie moyenne du corps utérin, se rend dans le groupe supérieur des ganglions hypogastriques.

c) Le *pédicule du ligament rond,* qui prend son origine au niveau du fond utérin, suit ce ligament et va se jeter dans les ganglions inguinaux superficiels.

Faisons remarquer que ces pédicules ne sont pas indépendants les uns des autres. Ils communiquent, en effet, largement à leur origine au niveau de la couche musculaire de l'utérus. De plus, une longue anastomose, assez volumineuse, dont les valvules ont la concavité tournée vers le fond utérin, réunit les pédicules de la corne utérine à ceux du col.

---

(1) *Grimaud.* Lutte contre le cancer utérin. Thèse de Toulouse, 1901.

C'est grâce à ce système lymphatique que le cancer du corps peut se propager:

1° *Aux ligaments larges;*

2° Le long du ligament rond à la *vessie,* ce qui est rare;

3° Aux *ovaires;*

4° Aux *ganglions juxta-aortiques, hypogastriques et inguinaux.*

Insistons cependant avant tout sur ce fait capital:

Dans le cancer du corps, *l'envahissement lymphatique est tardif.* Il ne s'observe guère que lorsque le néoplasme s'est déjà étendu de proche en proche aux trompes, au col utérin et, surtout, au péritoine et aux organes voisins: rectum et vessie.

La propagation par contiguïté prime donc l'extension par voie lymphatique.

D'après Döderlein, l'extension aux ganglions dans le cancer du corps ne s'observe que *dans* 9 0/0 *des cas,* tandis qu'elle se rencontre dans 36 0/0 des cas d'épithélioma du col.

Sur 34 cas de cancers du corps, Krönig ne trouve que cinq fois des engorgements ganglionnaires, une fois les ganglions inguinaux, deux fois les iliaques, deux fois les lombaires. Or, dans quatre de ces cas, le cancer utérin avait dépassé les limites de l'opérabilité. Dans le cinquième, le néoplasme était secondaire à un cancer de l'ovaire déjà opéré.

Donc, dans tous les autres cas qui étaient opérables, il n'y avait pas d'adénopathie.

D'ailleurs, toutes les adénopathies rencontrées au cours des interventions ne sont pas néoplasiques. Begaud et Barjon ont distingué, à ce propos, à côté de l'adénopathie cancéreuse vraie:

1° Une *adénopathie précancéreuse* qui n'est pas susceptible d'entraîner une récidive;

2° Une *adénopathie purement inflammatoire* due aux infections secondaires dont le néoplasme est si souvent le siège.

II. Propagation par contiguité. — C'est par ce moyen d'extension de proche en proche que:

1° Le néoplasme pénètre la *paroi utérine* jusqu'au niveau de la séreuse et crée alors des *adhérences avec les organes voisins:* vessie, rectum, anses intestinales. Il en résulte la dégénérescence maligne de ces organes. Le péritoine réagit aussi et il se forme un épanchement ascitique;

2° Par la *muqueuse,* le néoplasme se propage à la *trompe* et plus souvent au *col utérin et même au vagin.*

Ce mode de propagation est lent. Il précède cependant, comme nous l'avons déjà dit, l'extension aux lymphatiques.

Indications opératoires

Les *conditions d'opérabilité* des néoplasmes du corps utérin sont les suivantes:

1° *Etat général* suffisant pour pouvoir supporter un choc opératoire.

L'état du cœur, des reins, du foie, l'âge de la malade entrent en premier plan en ligne de compte. Un état d'anémie aiguë, conséquence d'hémorragies utérines graves, n'est pas une contre-indication.

Dans tous les cas douteux, l'on aura recours à l'hysté-

rectomie par voie vaginale, qui, si elle n'est pas une intervention idéale, est, dans un grand nombre de cas, suffisante pour une malade qui ne pourrait faire les frais d'une laparotomie.

2° *Mobilité de l'utérus,* ce qui suppose l'intégrité des organes voisins : rectum, vessie, intestin.

Cette condition d'opérabilité nous semble formelle, bien que Bérard et Charvet (1) aient rapporté un cas d'hystérectomie pour cancer du corps utérin avec envahissement et perforation de l'S iliaque, résection de ce segment du côlon et anus iliaque gauche terminal, avec guérison opératoire.

Mais, en général, dans les cas où ces organes sont atteints, la récidive est fatale.

La propagation du néoplasme au col n'est pas une contre-indication, si cette tumeur n'est pas elle-même inopérable.

Les conditions ci-dessus exposées étant remplies, la laparotomie sera pratiquée et l'on pourra alors faire un :

Examen intra-abdominal des conditions d'opérabilité.

Pour cela, l'on examinera d'abord avec attention le pli vésico-utérin et l'on y recherchera la présence d'un noyau cancéreux ou d'une infiltration diffuse par le processus néoplasique. Puis l'on passera à l'examen du cul-de-sac de Douglas. Enfin, l'on explorera les ligaments larges. Si l'on n'a rien découvert, il sera inutile d'explorer les divers groupes ganglionnaires, qui seront intacts à plus forte raison, comme nous l'avons vu plus haut.

---

(1) *Bérard.* Lyon médical, p. 511.

Choix de l'intervention

Le néoplasme du corps utérin ayant été reconnu opérable, le chirurgien peut choisir entre cinq principaux procédés opératoires :

1° *Hystérectomie abdominale subtotale;*
2° *Hystérectomie abdominale totale;*
3° *Hystérectomie par le procédé de Wertheim;*
4° *Hystérectomie vaginale;*
5° *Hystérectomie vaginale par le procédé de Schuchardt-Schauta.*

Or, si nous avons soin de rappeler que, dans le néoplasme du corps, l'adénopathie n'existe que dans 9 0/0 des cas et que, de plus, elle n'est pas toujours alors de nature maligne, nous voyons ainsi :

Qu'*en pratique, il sera inutile de se soucier de faire un curage ganglionnaire du petit bassin.* Le procédé de Wertheim ne répond donc pas aux tumeurs malignes du corps utérin, c'est une intervention qui, ici, n'a pas de raison d'être.

Par contre, l'*hystérectomie subtotale est insuffisante,* car le néoplasme peut récidiver sur le col laissé en place.

L'*hystérectomie vaginale élargie* sera applicable aux cas où un néoplasme du col coexisterait avec un cancer du corps. Rappelons que cette intervention, dénommée aussi opération de Schuchardt-Schauta, a pour but l'extirpation par voie périnéale et en sac clos de l'utérus avec son paramètre et une portion du vagin. Le temps préliminaire qui permet cette hystérectomie vaginale élargie est une colpo-

périnéotomie ou section du releveur de l'anus, ce qui donne un large accès sur la région.

Cette intervention est contre-indiquée dans les cas de gros utérus.

En résumé, les hystérectomies abdominale, totale et vaginale sans curage ganglionnaire suffisent dans la grande majorité des cas, la seconde répondant aux cas où l'état général est précaire.

STATISTIQUES

Opérabilité

Il est très difficile de fixer un taux, même approximatif, d'opérabilité des cancers du corps de l'utérus.

Il est, en effet, forcément très variable suivant les auteurs et surtout suivant l'ancienneté des statistiques, car elles s'améliorent de plus en plus, à mesure que ces tumeurs sont plus précocement diagnostiquées.

La statistique de Hofmeier, qui s'étend de 1891 à 1904, porte sur 65 cas de cancers du corps, contre 430 du col. Elle fournit, comme taux d'opérabilité, 70 0/0 dans le premier cas, pour 30 0/0 pour les néoplasmes du col.

Plus tard, *de* 1905 *à* 1910, *ce taux, que nous avons calculé, d'après l'ensemble des principales statistiques, peut être fixé à* 85 0/0, tandis qu'il varie autour de 40 0/0 pour les épithéliomas du col.

Dans ces quatre dernières années, ces chiffres ont dû, nous en sommes certain, s'être encore améliorés ; mais les statistiques récentes publiées sur les résultats opératoires dans les cancers de l'utérus négligent trop souvent le chiffre global des malades, ce qui met dans l'impossibilité d'établir une proportion des malades opérables.

Résultats opératoires

I. Mortalité opératoire. — L'on désigne, sous ce nom, le pourcentage des malades qui meurent des suites opératoires. Les statistiques suivantes vont nous permettre de l'établir, comparativement à la mortalité dans le cancer du col.

Noms des auteurs	Cancer du corps			Cancer du col		
	Chiffre total	Morts post-opérat.	Pour centage	Chiffre total	Morts	Pour centage
Irish	19	3	15,8	42	4	9,5
Kruckenberg			10			12,7
Frænkel			5,3			7,7
Winter	41	5	12	300	45	15
Léopold	3	0	0	54	12	22
Boursier	8	3	37			
Dubourg	5	1	20			
Monod	1	0	0			
Villar	1	1	100			
Jayle	5	0	0			
Mac Cann	12	1	8			
Segond	25	5	20			17
Muret	21	0	0			
Total	141	19	13	396	61	15

Mortalité opératoire. { Cancer du corps ..... 13 %
Cancer du col ..... 15 %

Nous voyons que cette mortalité opératoire est légèrement inférieure à celle des néoplasmes du col, bien que

les malades de la première catégorie soient notablement plus âgées.

Ce qui explique cette faible mortalité, c'est que, d'une part, nous avons affaire à un *cancer localisé* et que, d'autre part, nous nous trouvons en présence d'un *cancer non infecté,* ce qui est, en général, tout différent dans les cas d'épithéliomas du col.

Nous pouvons même ajouter qu'il est permis de considérer ce pourcentage de 13 comme trop élevé, si l'on a soin de remarquer que certaines morts post-opératoires, enregistrées comme telles dans les statistiques précédentes, devraient logiquement en être rayées, car il s'agit de cas qui, en réalité, n'étaient pas opérables. Nous n'en citerons comme exemple que l'observation XXX de la thèse de Bourges (1).

II. Survie post-opératoire. Récidives. — Quel est l'avenir d'une malade hystérectomisée pour néoplasme du corps utérin et qui a guéri opératoirement?

En excluant d'emblée les morts par affections intercurrentes, indépendantes de la question qui nous occupe, nous allons tâcher d'établir, par les statistiques qui suivent, le pourcentage des malades qui meurent, à une plus ou moins longue échéance, des suites d'une récidive de leur tumeur.

---

(1) *Bourges.* Thèse de Bordeaux, 1903.

NOMS DES AUTEURS	CANCER DU CORPS			CANCER DU COL		
	Chiffre total des guérisons opérat.	Récidives	Pourcentage	Chiffre total	Récidives	Pourcentage
Lauwers (voie vaginale).....	12	5	41			
Hofmeier — Voie vaginale.....	42	10	23	107	52	48
Hofmeier — — abdom.....	5	1	20	20	7	35
Hofmeier — Hyst. subtotale...	1	0	0	6	1	16
Irish (voie abdom.).....	15	4	26,5			
Faure (voie abdom.).....	6	0	0			
Landau (voie vaginale).....	3	0	0			22
Schauta (voie abdom.).....			16			
Boursier.....	5	3	60			
Dubourg.....	4	3	75			
Monod.....	1	1	100			
Jayle.....	5	0	0			
Howard.....	4	1	25			
Mac Cann.....	11	2	18			
Muret.....	21	9	45			
Doderlein.....	13	1	7			
Winter.....	30	16	54	230	151	70
Léopold.....	3	0	0	42	21	50
TOTAL.....	181	56	30 %	405	232	57 %

Récidives — Cancer du corps..... 30 %
Récidives — Cancer du col..... 57 %

Conclusions. — En résumé, il ressort de ces statistiques que :

Sur 100 *malades* atteintes de néoplasmes du corps utérin, 85 *sont opérables.* Sur ce nombre, 13 0/0, c'est-à-dire 11 environ, *meurent des suites opératoires.* Il en reste donc 74, dont les 30 0/0 sont condamnées à récidiver.

La valeur curative absolue est donc 74 — 22, c'est-à-dire 52.

52 *malades sur* 100 *seront guéries de façon définitive.*

Il convient cependant de faire une *restriction* à ces conclusions, car les résultats cités plus haut dans les statistiques concernent des malades opérées depuis trois ou quatre ans à peine. Or, si beaucoup d'auteurs supposent que, passé ce laps de temps, la récidive est impossible, la malade n'est pas en tous cas à l'abri d'une réinfection cancéreuse toujours possible, car le terrain n'a nullement été modifié par l'intervention.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

Observation Première

Daniel et Cambon, *Marseille médical*, 15 juin 1914

La nommée P. M..., âgée de 62 ans, entre dans la clinique de gynécologie de M. le professeur Guérin-Valmale, le 15 janvier 1914, pour des métrorragies.

Ses antécédents héréditaires et personnels ne présentent pas d'intérêt.

Réglée à 13 ans, elle eût deux grossesses normales, remontant, la première, à 24 ans, la seconde, à 32 ans.

Ménopausée depuis 17 ans, elle accuse depuis six ans environ des pertes sanguines irrégulières et peu abondantes, sans phénomènes douloureux. Depuis six mois, ces métrorragies vont en augmentant progressivement et entraînent une anémie marquée.

Insistons sur ce point important, à savoir que, pendant toute l'évolution de l'affection, la malade n'a présenté, à aucun moment, de douleurs pelviennes ni lombaires et jamais non plus de leucorrhées fétides.

Le diagnostic était donc à discuter entre le cancer du corps utérin, d'une part, et l'endométrite sénile, d'autre part.

Dans ce but, l'on pratique, le 20 janvier, un curettage explorateur qui ramène des débris abondants, mous comme la substance

encéphalique. L'examen histologique y décèle la présence de cellules cancéreuses typiques.

L'hystéroscopie nous montre, au niveau du fond utérin, une muqueuse bourgeonnante, d'aspect grisâtre, sur la surface de laquelle suinte un ichor abondant.

Le diagnostic d'épithélioma primitif de la muqueuse du corps utérin est porté.

Le 19 mars, l'hystérectomie est pratiquée. L'on choisit la voie vaginale, car la malade est très cachectisée et atteinte de myocardite scléreuse avec arythmie.

Les suites opératoires sont bonnes; les pinces hémostatiques, mises à demeure sur les ligaments larges, sont enlevées au bout de quarante-huit heures. La malade se lève le vingtième jour et quitte le service à la fin du mois d'avril, complètement rétablie. Nous l'avons revue, deux mois après, en parfaite santé.

Examen de la pièce. — Macroscopiquement, nous voyons que nous avons affaire à un épithélioma de la muqueuse, développé en surface. Il occupe, en effet, les deux tiers environ du fond utérin.

L'examen histologique nous montre qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique typique et que, d'autre part, le muscle utérin est intact, sauf en un point où il est envahi par deux bourgeons d'épithélioma qui s'enfoncent dans la couche musculaire, peu profondément d'ailleurs. La couche musculaire est elle-même hypertrophiée et augmentée d'épaisseur.

Retenons de cette observation les points suivants:

1° L'absence complète de phénomènes douloureux coïncidant avec l'intégrité à peu près absolue du muscle utérin;

2° Les bons résultats fournis par l'hystérectomie vaginale chez une malade âgée, cachectique, à cœur défaillant.

Observation II

Daniel et Cambon, *Marseille médical*, 15 juin 1914

La nommée L. M..., âgée de 54 ans, entre dans le service de gynécologie, le 10 mars 1914.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier.

Parmi ses antécédents personnels, nous relevons seulement la rougeole en bas âge et une congestion pulmonaire vers la fin de l'année dernière.

Réglée à 12 ans, elle a toujours eu des règles normales et non douloureuses. Une grossesse normale à 25 ans. Ménopause à 50 ans.

Depuis un an et demi environ, la malade a recommencé à perdre et a cru à un retour de règles. Ces hémorragies sont allées en s'aggravant peu à peu, jusqu'à ces derniers temps où la malade perdait régulièrement tous les jours. Par intervalles, ces pertes étaient plus abondantes et s'accompagnaient de l'expulsion de gros caillots. Les douleurs, qui faisaient totalement défaut au début de l'affection, ont fait leur apparition il y a six mois environ. Elles sont régulières et continues, avec exacerbations coïncidant avec des hémorragies plus abondantes que d'habitude. Ces douleurs ont leur maximum dans la région pelvienne et surtout du côté droit, elles s'irradient le long de la face interne des cuisses et dans la région lombaire.

Ces troubles s'accentuant de plus en plus, la malade se décide à entrer à l'hôpital le 10 mars.

L'état général est précaire, le teint jaune paille, la température normale à l'entrée.

A l'examen local, l'on constate un col normal surmonté d'un corps volumineux et douloureux au palper.

Son fond est difficile à délimiter, étant données l'épaisseur de la paroi abdominale et la contraction de ses muscles. Le cul-de-sac de Douglas est bâti par des adhérences fixant la face postérieure de l'utérus au rectum.

L'examen hystéroscopique nous montre, au fond de l'utérus et sur le tiers supérieur de la paroi latérale droite, des bourgeons suintants et à couleur grisâtre, d'allure franchement épithéliomateuse.

La laparotomie est pratiquée le 17 mars. L'on tombe sur un fond utérin bâti et fixé dans une masse de tissu annexiel infecté. L'hystérectomie subtotale est pratiquée au milieu de nombreuses difficultés. Ethérisation du péritoine. Drainage vaginal.

Après l'intervention, le pouls est rapide et faible. Le collapsus cardiaque va en s'accentuant et, malgré une médication tonicardiaque intense, la malade meurt dans la nuit.

Examen de la pièce. — A l'ouverture du corps utérin, l'on trouve, au niveau du fond et du tiers supérieur de la paroi latérale droite, une masse bourgeonnante à base large et peu saillante. Des coupes, pratiquées à ce niveau, nous montrent, à l'examen microscopique, un épithélioma tubulé, ayant son point de départ dans les cellules épithéliales cylindriques de la muqueuse du corps. Des cordons de cellules néoplasiques ont envahi profondément la paroi utérine, en écartant et dissociant les fibres musculaires lisses. L'épithélioma s'est propagé à la portion interstitielle de la trompe. Au-dessus de l'origine de la trompe, nous trouvons, sur le bord droit de l'utérus, une fissure faisant communiquer la cavité utérine et une collection péritonéale enkystée para-utérine.

C'est le néoplasme qui avait détruit, en ce point, toute l'épaisseur de la paroi utérine.

Observation III

Communication personnelle faite au Comité médical des Bouches-du-Rhône le 26 juin 1914

La nommée R. D..., âgée de 57 ans, entre à l'hôpital de la Conception, le 28 mai 1914.

Ménopausée depuis huit ans, elle n'accuse pas d'antécédents gynécologiques intéressants, sauf une grossesse il y a vingt ans.

Depuis le mois de janvier, elle se plaint de métrorragies qui vont en augmentant d'abondance, entraînant un état d'anémie marquée, ce qui oblige la malade à venir consulter un médecin.

Pas de leucorrhées, ni de douleurs.

Corps utérin du volume d'un poing d'adulte.

L'hystéromètre montre 10 centimètres de hauteur utérine.

Après un curettage explorateur, dont l'analyse histologique des débris donne le résultat suivant : épithélioma cylindrique de la muqueuse, l'hystérectomie est décidée.

Elle est pratiquée, le 8 juin, par voie abdominale. Guérison opératoire de la malade qui sort de l'hôpital dans les premiers jours de juillet.

L'examen histologique de la pièce, qui fut l'objet d'une communication personnelle au Comité médical des Bouches-du-Rhône, est intéressant, car, bien que le point de départ de la tumeur soit dans les cellules cylindriques de la muqueuse, ce qui se reconnaît aisément en certains points localisés de la coupe où l'épithélioma est au début de son évolution, l'aspect des cellules néoplasiques est cependant pavimenteux.

Observation IV

La nommée Lucie H... entre dans le service de notre maître, M. le docteur Roux de Brignoles, le 25 juillet 1914.

Elle est âgée de 33 ans. Depuis quelques mois, ses règles sont devenues plus abondantes. Elle accuse même des métrorragies.

Elle n'a jamais eu d'enfants. Elle nous apprend cependant qu'elle a avorté il y a un an.

Le curettage explorateur est pratiqué. Il ramène des débris abondants, d'aspect blanchâtre et de consistance très molle, ressemblant à de la substance encéphalique. L'examen histologique nous montre qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique typique.

L'hystérectomie abdominale totale est pratiquée le 20 août. Actuellement, la malade est complètement guérie.

CONCLUSIONS

I. Le cancer du corps de l'utérus est une affection relativement fréquente. Elle est cinq fois plus rare que le cancer du col.

II. Le fibrome de l'utérus y prédispose d'une façon réelle.

III. Elle débute souvent après la ménopause par des métrorragies qui doivent la faire soupçonner.

IV. Les douleurs sont tardives, sauf dans les cas de tumeurs malignes à point de départ siégeant dans la couche musculaire. Dans les autres cas, l'apparition des douleurs relève de l'invasion néoplasique de cette zone.

V. Le seul moyen certain de diagnostic est le curettage explorateur.

VI. Le pronostic est relativement favorable, car la mortalité opératoire est moins élevée et les récidives moins fréquentes que dans le cancer du col.

L'on peut estimer, approximativement, à 52 0/0 le taux des guérisons définitives.

VI. L'hystérectomie abdominale totale sans curage ganglionnaire est l'intervention de choix.

La voie vaginale sera indiquée cependant dans les cas où l'état général est précaire.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Anspach (B.-M.). — The value of histologic examination in carcinoma of the uterus. Am. Med. Phila., 1904, VII, 264-266.

Albertin. — Cancer du corps utérin. Lyon Médical, 1909, CXIII, 913.

— Technique opératoire de l'opération dite de « Wertheim ». Lyon Chirurgical, 1910, III, 117-121.

Aubry. — Sarcome muqueux. Th. Paris, 1896.

Andrews (H.-R.). — Chorio-epithelioma two specimens. Tr. Obst. Soc. London (1903), 1904, XIV, 238.

Ahern (M.-J.). — Chorio-epithelioma. Bulletin Médical de Québec, 1905-06, VII, 477-487.

Alezais et Livon (J.). — Chorio-épithéliome. Marseille Médical, 1906, 321-326.

— Tumeur utérine à la suite de mole vésiculaire: chorio-épithéliome. Compte rendu de la Société de biologie de Paris, 1909, XVII, 325.

Adam (G.-R.) et Butt (R.-J.). — Case of chorion-epithelioma of the uterus. Intercolon Med. Journ. Australas, Melbourne, 1909, XIV, 187-191.

Ahlfeld. — Traité d'obstétrique. Leipzig, Granow, 1903.

Augier (D.) et Poulain (J.). — Les vrais et les faux chorio-épithéliomes. Archives génér. de chirurgie, Paris, 1911, V, 509-520.

Aymerich (G.). — Sulle cisti coriali della placenta. Folia Gynecol., Pavia, 1913, VIII, 269-306, 2 pl.

Aimes (A.). — Etiologie et pathogénie des fibromyomes utérins. Progrès médical, Paris, 1913, 149-152.

Augier (M.-D.). — Sarcomes de l'utérus et tumeurs à tissus multiples. La Gynécologie, t. XVI, n° 4, avril 1912, 213-220. Analyse *in* Rev. mensuelle d'obst. et de gynécologie, Paris, 1913, p. 84.

— Sarcome utérin à cellules polymorphes et à cellules géantes. Journal sc. méd. de Lille, 1905.

Arnaud (Henri). — De la colpohystérectomie abdominovaginale dans le cancer de l'utérus. Thèse de Montpellier, 1908-1909, n° 41.

Ballard (C.-N.). — Primary adenocarcinoma of the body of the uterus, with special reference to an early diagnosis. Am. J. Obstetr., New-York, 1910, XI, 466-480.

Barozzi. — Hystéroscopie. Traité de gyn., Paris, 1907.

Bandler (S.-W.). — Some observations on carcinoma of the uterus. Internat. J. Surg., N.-Y., 1913, XXVI, 159-163.

Barksdale (J.-W.). — Conservative treatment for advanced cases of carcinoma uteri. Mississippi, Medical Monthly, Vicksburg, 1911, XVI, 70-73.

Bégouin. — Placentome malin. J. de médecine de Bordeaux, 1912, p. 348.

Bertoloni (G.). — Contributo anatomo-patologico e clinico allo studio del corioepitelioma. Folia, Ginecologia, Pavia, 1912, 53-86.

Bec (Le). — Fibrome et cancer. Rev. chir., 1897, p. 1050.

Bisch. — Fibrome et cancer. Thèse Lyon, 1897.

Bigeard. — Fibrome et cancer. Thèse Paris, 1899.

Berruti (G.). — Tumori maligni del corpo dell' utero. Giorn. di Ginec. Pediat., Torino, 1903, 333-338.

Briquel (F.-P.-P.). — Tumeurs du placenta et tumeurs placentaires (placentomes malins). Thèse de Nancy, 1903.

Barozzi. — Le déciduome malin. Gynécologie, Paris, 1904, IX, 193-215.

Briquel (P.). — Tumeur du placenta et tumeurs placentaires. (Rapport de Champetier de Ribes.) Bull. Acad. médec., Paris, 1904, 16-23.

Boursier (A.) et Venot. — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement du cancer du corps de l'utérus. Rev. mens. de gynéc., Bordeaux, 1903, V, 224, 274, 316.

Bovée (J.-W.). — Cases of early carcinomata and fibromata of the uterus ovarian fibroids and ambilical hernia. Wash. M. Ann., 1903, II, 294.

Bum. — Zur Technik der abdominalen Extirpation der Karzinomatösen Uterus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Stuttgart, 1905, t. LV, p. 173.

Bushnell (C.-H.). — Cystic degeneration of the chorion. Med. Brief., Saint-Louis, 1904, XXXII, 962-965.

Blondel. — Hystéroscopie. Comptes rendus, Soc. obst., déc. 1907.

Bégouin. — Cancer du corps utérin. Compte rendu Soc. d'obst. et de gynécol. et de pédiat. de Paris, 1911, XIII, 407. Analyse *in* Annales de gynécologie, 1913, p. 165.

Boldt (H.-J.). — The treatment of cancer of the uterus when two for advandced for cure by extirpation of the uterus. J. Am. Med. Ass., Chicago, 1909, III, 1883-1887.

Bégouin. — Cancer du corps utérin avec métastase dans les deux trompes. J. de médec., Bordeaux, 1910, X, 219.

Bérard. — Cancer du corps utérin avec envahissement et perforation de l'S iliaque; hystérectomie avec résection de l'S iliaque; anus iliaque gauche terminal. Lyon médical, 1910, CXIV, 511-513.

Boldt (H.-J.). — Myofibromata complicated with carcinoma of the corpus uteri. Am. J. Obst., N.-Y., 1910, 490.

Bauby. — Nouveau cas de fibrome et de cancer du corps de l'utérus chez un même sujet. Toulouse médical, 1907, 244-247.

— Toulouse médical, 1903, 76.

Bilhaut (M.). — Les dernières opérations radicales contre le cancer de l'utérus. Journ. de médec., Paris, 1907, XIX, 432.

Bergesio (L.). — L'operazione del Wertheim nella cura radicale del cancro uterino. Giornale di Ginecologia e di Pediatria, Torino, 1906, VI, 321-325.

Barozzi (J.). — Résultats éloignés de l'exérèse dans le cancer de l'utérus. Gynécologie, Paris, 1904, IV, 16-30.

Ballard (C.-N.). — Primary carcinoma of the body of the uterus; report of a case with perforation of the wall. Surg. Gynec. et Obst., Chicago, 1908, VII, 460-472.

Bonamome (A.-L.). — Contributo alla casuistica della degenerazione cancerosa del moncone uterine clopo l'isterectomia subtotale. Bol. d. Soc. Lancisiana d. Osped. di Roma, 1905, XXV, fasc. 4, 34-36.

Boissier (P.). — Etude clinique du cancer primitif du corps de l'utérus. Thèse de Montpellier, 1899-1900, n° 13.

Bland (P.-B.). — A statistical study of deaths from cancer in the city of Philadelphia, with especial reference to cancer of the uterus; covering a period of twenty-five years; from 1879 to 1904. Surg. Gynec. et Obst., Chicago, 1906, III, 638-641.

Bilhaut (M.). — Suppuration de la cavité utérine dans certains cas de cancer de l'utérus; résection du pus; utilité du cathétérisme de l'utérus comme premier temps de l'hystérectomie. Ann. de chir. et d'orthop., Paris, 1907, 161-164.

Bégouin. — Polype fibreux sphacélé et cancer du corps utérin. J. de médecine de Bordeaux, 1906, XXXVI, 417-419.

Bovis (R. de). — Les moyens d'améliorer les résultats immédiats de l'opération radicale du cancer utérin par voie abdominale. Semaine médicale, Paris, 1913, p. 301.

Bakes (J.). — Ein Beitrag zur Radikaloperation des Uteruskrebses nach Wertheim. Wien. Klin. Therap. Wchnschr., 1904, 195-204.

Béra (A.). — Cancer du corps de l'utérus. J. des sc. méd. de Lille, 1907, II, 251-254.

Bouquet (H.). — Une circulaire sur le diagnostic précoce du cancer utérin. Revue internat. médec. et de chir., Paris, 1906, XVII, 244-246.

Besson (A.). — Etude statistique et clinique de 173 cas de cancers utérins; résultats immédiats et éloignés des interventions totales. J. des sc. méd. Lille, 11 juin 1904, I. 569-573.

Bakes (V.). — Contribution to the radical operation after Wertheim for cancer of the uterus. Casop. lek cesk v. Praze, 1903, 249-251.

Backer (J.). — Zwei Falle von Carcinoma corporis uteri. Pest. Med. Chir. Presse, Budapest, 1904, XI, 726.

Bernius (F.-H.-M.). — Ueber die Komplikation von Uteruscarcinom und Geburt. (Giessen), Mainz., 1904, H. Frickarts, 27 p. in-8°.

Biagi (N.). — A proposito di un isterectomia totale alla Mackenrodt (Contributo clinico al trattamento del carcinome uterino). Policlinico Roma, 1903, X, sez. chir., 10-20.

Bruckner (J.) et Mezincescu (D.). — Sur les lésions des ganglions sympathiques de l'utérus cancéreux. Compte rendu Soc. de biologie, Paris, 7 mars 1903, 324.

Bouvier. — Carcinome du corps de l'utérus compliqué de pyométrie. Semaine gynécol., Paris, 1902, VII, 377.

Bauby. — Fibromes et cancer du corps de l'utérus. Toulouse médical, 1903, 76-78.

Bovée (J.-W.). — Hysterectomy and removal of the body of the uterus; the comparative advantages and disadvantages of hysterectomy and removal of the body of the uterus. Surg. Gynec. et Obst., Chicago, 1907, IV, 269-272. (Discussion 355.)

Boucaud (de). — Un fibrome peut-il dégénérer en épithélioma? Th. Bordeaux, 1898.

Blacker (G.-F.). — Chorionepithelioma of the uterus, with secondary growths in the vagina, the lungs and the liver. Tr. Obst. Soc. Lond., 1905, XVI, 55-59, 1 pl.: 1, 3.

Burckhard (G.). — Ueber das Vorkommen von Karzinomatöser Degeneration des Uterusstumpfes nach Supravaginaler Amputation. Monatschr. f. Geburtsg. und Gynak., Berl., 1907, XXV, 840-845.

Brault. — Myome malin de l'utérus. Bull. Soc. anat. Paris, 28 mai 1909.

Bellœuf (F.). — De l'hystérectomie abdominale totale, avec évidement du bassin dans le traitement du cancer de l'utérus. Thèse de Paris, 1899-1900, n° 552.

Boissier. — Fibrome et cancer. Thèse Montpellier, 1899.

Boldt (H.-J.). — Carcinoma of the uterus, showing danger of mistake in diagnosis by using frozen unstained sections. Am. J. Obst. New-York, 1911, XIII, 897.

Briggs (Henri). — Cancer of the body of the uterus. British Med. Journ., 23 sept. 1905.

Berkeley (C.) et Bonney (V.). — Results of the radical operation for carcinoma of the cervise uteri based on a three years' batis more especially with regard to its life prolonginy effects. J. Obst. et Gynaec., Brit. Emp. Lond., 1913, XXIV, 145-148.

Burckhard (G.). — Ueber den Wert der Frobeausschalung zur Diagnose des Carcinoma Corporis Uteri. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynaek., Stuttg., 1913, XXV, 34-37. Analyse *in* Semaine médicale, n° 27, 8 juillet 1914, p. 320.

Barrett (C.-W.). — The carcinoma question as it pertains to the uterus. Med. Record, New-York, 1913, XXXIV, 1109-1113.

Boursier. — Sur un cas de fibrosarcome de l'utérus. Journ. de médecine de Bordeaux, 1905.

Bégouin (M.). — Sept cas de sarcome de l'utérus. Soc. obst. de Bordeaux, 12 déc. 1911. Analyse *in* Ann. de gynécol. et d'obst., 1913, p. 166.

Bondy. — Karzinom des ganzen Uterus. Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynaek., Berl., 1913, XXXVIII, 363.

Bazy (L.). — Adénomyome de l'utérus. Bull. et mém. de la Soc. anat., Paris, 1913, n° 2, p. 99, séance du 7 février.

Boldt (H.-J.). — How we may reduce the mortality from cancer of the uterus. Am. J. Obst., N.-Y., 1913, XVIII, 131-134.

Benthin. — Zur Diagnose des Carcinoma Uteri. Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynaek., Berl., 1913, XXXVIII, 360.

Bourges (H.-L.-P.). — De l'hystérectomie abdominale à Bordeaux, dans le traitement du cancer de l'utérus. Thèse de Bordeaux, 1902-03.

Bouvier (J.). — De l'état actuel de la thérapeutique radicale du cancer de l'utérus. Thèse de Lyon, 1904-1905, n° 72.

Bossi. — Die wahre Prophylaxie des Uteruskrebses; en Mahnruf an die Gynaekologen. (La vraie prophylaxie du cancer de l'utérus; appel aux gynécologues.) Zentralblatt für Gynakologia, 1913, n° 27.

Bovée (J.-W.). — Adenocarcinoma of the body of the uterus. Am. J. Obst., N.-Y., 1914, XIX, 158.

— Multiple fibromata uteri complicated with carcinoma corporis uteri. Am. J. Obst., N.-Y., 1914, XIX, p. 259.

Busse. — Sur les résultats définitifs du traitement chirurgical du cancer de l'utérus par les méthodes abdominales. Monatsch. f. Geb. u. Gyn., 1912, heft 1, p. 35. Analyse *in* Annales de gynécologie, Paris, 1912, p. 316-318.

Brown (L.). — Myosarcoma of uterus. Am. J. Obst., N.-Y., 1914, XIX, p. 142.

Baisch. — Résultats anatomopathologiques et cliniques de l'ampliation, de l'élargissement, des actions chirurgicales contre le cancer de l'utérus. Zentralblatt für Gynakologie, 1905, n° 17, p. 529. Analyse *in* Annales de gynécologie, Paris, 1905, p. 439-441.

Brouardel et Gilbert. — Nouveau traité de médecine et de thérapeutique. Maladies des organes génitaux de la femme, par Armand Siredey.

Chabiron. — De la fréquence du sarcome dans le fibrome utérin. Thèse de Bordeaux, 1912-1913.

Cullen (T.-S.). — Carcinoma of the uterus. New-York Medical Journal etc., 1912, XCVI, 1285.

Cragin (E.-B.). — Case of carcinoma of the uterus in a girl eighteen years old. Am. J. Obst., N.-Y., 1913, XVII, 144.

Croom (Sir J.-H.). — Adeno-carcinoma of the uterus in twin sisters. Tr. Edinb. Obst. Soc., 1911-12, XXXVII, 217-233, 1 pl.

Calderini. — Diagnostic et traitement du cancer du corps de l'utérus. Annales de gynéc. et d'obst., Paris, 1900-02, 186-191.

Coiin. — Pathologie des Uteruskarzinoms. Gynaekol. Rundschau, Berlin, t. VIII, n° 4, 1914.

Chéron (H.) et Rubens-Duval. — Valeur de la radiumthérapie des cancers utérins et vaginaux. La Gynécologie, 17e année, n° 10, oct. 1913, p. 590-603. Analyse *in* Rev. gynécol. et chirurgie abdominale, Paris, 1er mars 1914, p. 241.

Couvelaire (A.). — Introduction à la chirurgie utérine obstétricale. Paris, 1914, G. Steinheil, édit.

Claisse. — Recherches sur le développement des fibromyomes. Thèse de Paris, 1900.

Colanéri (H.). — La valeur de la cystoscopie dans le cancer de l'utérus. Union médicale du Nord-Est, Reims, 1913, XXXVII, 219-225.

— De la valeur de l'examen de la vessie dans le cancer de l'utérus. Thèse de Paris, juillet 1913.

Cartany. — Tuberculose de l'utérus, 1905.

Christin (M.-Ch.-E.). — De l'influence du cancer du col utérin sur la musculature du corps de l'utérus. Thèse de Genève, 1912-1913. Analyse *in* Arch. mens. d'obst. et de gynéc., Paris, mai 1914, p. 486.

Chavannaz (G.). — Epithélioma du corps utérin avec pyométrie. J. de médecine de Bordeaux, 1908, p. 555.

Cortiguera-Mazorra (J.). — Histerectomia abdominal y vaginal por carcinoma. An. de la Acad. de obst., etc., Madrid., 1910, III, 289-310.

Cann (Mac). — British. Med. Journ., 23 sept. 1905; Résult. opér.

Chateau (L.). — Fibrome utérin compliqué d'épithélioma du corps, hystérectomie abdominale supravaginale; guérison. J. des sciences médicales de Lille, 1908, II, 517-521.

Cuthbert-Lockyer et Doran (A.). — Transformation périthéliomateuse d'un fibrome utérin. Procedings of the Royal Soc. of Med., janv. 1909.

Chareire. — Myomes et ménopause. Thèse de Montpellier, 1907.

Cruet (P.). — Examen cystoscopique du cancer de l'utérus. Annales de gynéc. et d'obst., Paris, 1913, p. 1-26, 70-90.

Cornil et Ranvier. — Anatomie pathologique. Paris, 1902.

Coyne. — Anatomie ptahologique, Paris, 1904.

Cortiguera (J.). — Moles et chorio-épithéliomes. Annales de gynéc. et d'obst., Paris, 1906, 337-354.

Childe (C.-P.). — Suggestions for the technique and performance by a new method of Wertheim's abdominal panhysterectomy. Proc. Roy. Soc. Med., Lond., 1912-13, VI, Obst. et Gynaec. Sect., 339-346.

Constantini (P.). — Un caso rari di sarcomatosi totale dell' utero. Clinica chirurgica, Milano, 1913, XXI, 1537-1547.

Croisier, Ansaloni et Marchand. — Epithélioma du corps de l'utérus greffé à la base d'un polype fibreux intra-utérin; examen histologique, IX, 9-15. Gazette de gynécol., Paris, 1904, XIX, 241-245.

Cushing (E.-W.). — Hysterectomy for cancer of the uterus. Maritime Med. News, Halifax, 1903, XV, 290-297.

Clark (H.-E.). — A uterus with carcinoma of the body, removed by the paravaginal method. Glasgow Med. J., 1903, IX, 193.

Clivio (J.). — Note anatomiche e cliniche su alcuni casi di fibromiomi uterini. Rendic. d'Ass. med. chir. di Parma, 1903, 79-90.

Castan (A.). — Fibrome et cancer du corps de l'utérus. Toulouse médical, 1903, 198-201.

Cerné. — Sarcome pédiculé de l'utérus. Normandie médicale, Rouen, 1904, 172.

Carrasco (J.). — Cancer del cuerpo del utero; histerectomia abdominal; curacion. Rev. de med. y cirug. pract., Madrid, 1911, 329-335.

Chevreau (A.). — Des fistules urinaires vaginales consécutives à l'hystérectomie abdominale avec évidement pelvien pour cancer utérin et de leur traitement par le colpociéisis élevé. Thèse de Lyon, 1911, Maloine, 48 p., in-8°.

Cullen (T.-S.). — Remote resulto in abdominal hysterectomies for cancer of the uterus. Am. J. Obst. N.-Y., 1912, 619-634.

Caturani (M.). — A proposito dell' associazione del fibroma e cancro dell' utero. Arch. di Ginec., Napoli, 1912, XV, 41-48.

Coble (F.) — Cancer of the uterus the operable cases; the operation of choice; a study of 309 caess at the Massachusetts General Hospital from 1900 to 1910. Boston, Med. et S. J., 1912, XVIII, 37-45, 2 pl.

Cestan. — Deux cas de fibrosarcomes utérins. Toulouse médical, 1904, 30-33.

Castaneda (G.). — Los canceras avanzados del utero y la operacion de Wertheim. Escuela de Med., Mexico, 1909, XXIV, 222-225.

Childe (C.-P.). — Twenty-three cases of Wertheim's abdominal panhysterectomy. Proc. Roy. Soc. Med., Lond., 1910-11, IV, Obst. et Gynaec. Sect., 79-107.

Cova (E.). — Le metastasi vaginali dei carcinomi del corpo dell' utero. Ginecologia, Firenze, II, 1905, 675-689.

Cornil. — Cancer du corps utérin et myome œdémateux colloïde. Bull. et mém. Soc. anat., Paris, 1904, 696.

Crosier (A.). — Cancer secondaire de l'utérus à point de départ ovarien développé dans un utérus fibromateux; hystérectomie abdominale subtotale; guérison. Compte rendu Soc. d'obst., de gynéc. et de pédiat., Paris, 1907, IX, 53-55.

Cestan et Grimaud. — Fibrome utérin; dégénérescence cancéreuse avec propagation à l'intestin. Toulouse médical, 1904, 249-251.

Camelot (E.). — Cancer de l'utérus et hystérectomie abdominale. J. des sc. méd. de Lille, 1904, II, 529-537.

Combris (A.). — Coïncidence des fibromes avec le cancer du corps de l'utérus. Thèse de Paris, 1905, 64 p., in-8°.

Clerico (P.). — Del carcinoma primitivo del corpo della matrice. Gior. di ginec. e di pediat., Torino, 1904, IV, 197-203.

Cameron (S.-J.-M.). — Some complications and degenerations of uterine fibromyomata. British Med. J., Lond., 1905, II, 712-715, 2 pl. on 1, 3.

Cornil et Ranvier. — Manuel d'histologie pathologique, Paris, 1902.

Courmontagne (F.). — De l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement des cancers utérins. Thèse de Paris, 1900-1901.

Delval (Ch.) et Massart (R.). — Deux cas de coexistence de fibrome et de cancer de l'utérus. Bull. et mém. Soc. anat., Paris, 1912, 212-215.

Delbet (P.). — Documents statistiques pour servir à l'hystérectomie vaginale. Paris chirurgical, 1912, IV, 468-477 (discussion), 477, 504, 508, 519.

Doyen. — Technique de l'électrocoagulation des cancers du corps et du col de l'utérus. Arch. de Doyen, Paris, 1910-11, I, 67-77.

Dejeux (M.). — De l'hystérectomie abdominale totale dans le cancer rectosigmoïde chez la femme. Thèse de Lyon, 1908, 47 p. in-8°.

De Bonneville (H.-E.). — Ueber einige Fâlle von Carcinoma corporis uteri mit viel Glykogen. Virchow's Arch. path. Anat., etc., Berl., 1911, CCIV, 201-209.

Daels (F.) et Devlor (R.). — Contribution à l'étude de l'état bactériologique du cancer utérin. Clinique Bruxelles, 1908, XXII, 801-809.

Delore et Alamartine. — Cancer du corps utérin avec généralisation à l'ovaire gauche, kyste du ligament large gauche et de l'ovaire droit, hydrosalpinx à droite, castration abdominale avec hystérectomie subtotale : ablation secondaire du col. Lyon médical, 1909, CXII, 972-974.

Delbet (P.). — Epithélioma utérin étendu, opéré par hystérectomie abdominale totale : absence de récidive pendant quatorze ans ; récidive vésicale, taille hypogastrique ; guérison opératoire. Paris chirurgical, 1909, I, 1135.

Duret et Besson (A.). — Résultats opératoires immédiats et éloignés des interventions totales dans le traitement du cancer utérin. Congr. nat. period. de gynéc., d'obst. et de pédiat., Rouen, 1904, IV, 267-275. Annales de gynécologie, Paris, 1904, p. 491.

Dainville (François). — Epithélioma tubulé à cellules cylindriques du corps utérin développé sur un fibrome. Bull. Soc. anat., Paris, déc. 1903.

De Arcangelis (E.). — Contributo al trattamento chirurgico radicale del cancro dell' utero (carcinoma cheratinico del corpo). Arch. di ostet. e ginec., Napoli, 1904, XI, 193-229, 1 pl.

Desmarut et Bailleul. — Sarcome du fond de l'utérus. Bull. et mém. Soc. anat., Paris, 1903, 728.

Doyen (E.). — Traité de thérapeutique chirurgicale et de technique opératoire. Paris, 1912.

Dranitsin (A.-A.). — Contemporary statistics and new views on the operative treatment of cancer of the uterus. J. ak. i jensk. boliez., St-Pétersb., 1904, XVIII, 1239-1357.

Demons. — Société d'obst., gyn. et pédiat. de Bordeaux, séance du 13 mars 1906.

David. — Hystéroscopie. Thèse Paris, 1908.

Döderlein. — *In* Hartmann. Annal. gynéc., juillet 1909.

Druon (E.). — Néoplasmes kystiques de l'utérus, cysto-fibromes, cysto-sarcomes, etc. Thèse de Paris, 1899.

Devic et Gaillavardin. — Contribution à l'étude des léiomyomes malins. Revue de chirurgie, Paris, 1901.

Desjardins. — De l'hystérectomie vaginale. Paris chirurgical, 1912, IV, 468, 504, 508, 519, 600, 622, 638, 733, 736.

David (E.). — Contribution à l'étude du traitement du cancer utérin par l'hystérectomie abdominale totale. Thèse de Paris, 1902-03.

David. — Biopsie. Th. Paris, 1907.

Dève (P.). — Combinaison de la césarienne et de l'hystérectomie abdominale totale dans les cancers et fibromes de l'utérus. Thèse de Lyon, 1903-04.

Debar (Marius). — Considérations sur une série de cinquante-trois cas de fibromyomes utérins. Thèse de Montpellier, 1912.

Dorman. — Malignant degeneration associated with fibroma uteri (discussion). Am. J. Obst., New-York, 1913, XVII, 1011-1014.

Dinermann (Mlle E.). — Contribution à l'étude clinique et anatomopathologique de l'influence du cancer de l'utérus sur le système urinaire (troisième cas). Thèse de Genève, 1912-13. Analyse *in* Arch. mens. d'obst. et gynéc., Paris, 1914, p. 486.

Emanuel. — Zeitschr. für Gebund. Gyn., XXXIV, 1897. Cancer du corps et sarcome de la muqueuse.

Ehrlich et Appolant. — Transplantation du carcinome chez la souris. Semaine gynécologique, Paris, 1906.

Estor. — Cancer du corps utérin au début (pièce). Montpellier médical, 1907, XXIV, 524.

Ehrendorfer. — Arch. fur. Gynak., Bd., XIII.

Ehrenpreis. — Hystérectomie vaginale élargie de Schuchardt-Schauta. Th. Paris, 1910.

Engelhorn (E.). — Korpuskarzinom bei einer Dreiundzwanzigjährigen. Beitr. z. Geburtsh u. Gynaek., Leipz., 1908, XIII, 278-284.

Etéoule. — Rétentions prolongées de débris placentaires et polypes placentaires. Thèse Paris, 1904.

François-Dainville. — Cancer du corps de l'utérus développé sur un fibrome. Bull. et mém. Soc. anat., Paris, 1903, 915.

Frank (R.-L.). — Carcinoma of the body of the uterus, both adenocarcinoma and squamouscelled (metaplasia). Am. J. Obst., N.-Y., 1911, XIII, 1077.

Frank (R.-T.). — A case of adenocarcinoma of the corpus uteri with prononced metaplasia. Proc. N.-Y. Path. Soc., 1911-12, n. s., XI, 1.

Franz (K.) et Kinsser (A.). — Zur Technik und Klinik der abdominalen Uterus Carcinomoperation. Arch. f. Gynaek., Berl., 1910, XI, 599-640.

Franqué (O. Von). — Zur Statistik der operativen Behandlung bei Uteruskarzinomen. Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynaek. Berl., 1909. XXX, 29-34.

Faure (J.-L.). — Indications opératoires dans le cancer de l'utérus. Arch. mens. d'obst. et de gynéc., Paris, 1913, 324-333.

Franchomme (A.). — Fibrome et cancer; note sur un cas de fibrome utérin subissant la dégénérescence épithélioma-teuse. J. des sc. méd. de Lille, 1904, p. 121-129.

Faure (J.-L.) et Jaylé. — Sur une statistique de cancers utérins traités par l'hystérectomie abdominale, par Jaylé (rapport). Bull. et mém. Soc. chir., Paris, 25 mars 1908, 468-475.

Fourdinier. — Fibromes utérins dégénérés. Journal des sciences médicales de Lille, 1908, I, 205-211.

Ferraresi (C.). — Sulla diffusione dell' adenocarcinoma del corpo dell' utero. Rassugna medica, Bologna, 1907, XV, n° 11, 1; n° 12, 4.

Falk. — Carcinomatöser uterus. Deutsche Med. Wchnschr., Leipz. u. Berl., 1904, XXX, 1667.

Fairbairn (J.-S.). — A contribution to the study of one of the varieties of necrotic change, the to culled necrobiosis in fibromyomata of the uterus. J. obst. et gynec. Brit. Emp. London, 1903, IV, 119-134.

Ferré (M.) , de Pau. — Sarcome globocellulaire primitif interstitiel de l'utérus. Annales de gynécologie, Paris, 1909, p. 150-153.

Forssner (H.). — Das Carcinosarkoms des Uterus. Arch. f. Gynaek., Berlin, 1909, XXVII, 445-468. Analyse *in* Presse médicale, Paris, 1909.

Faure et Siredey. — Traité de gynécologie. Paris, 1911.

Faure. — Hystérectomie pour cancer de l'utérus au cours de la grossesse. Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie, avril 1912.

Gauthier (M.). — Contribution à l'étude des tumeurs mixtes du col de l'utérus. Thèse de Montpellier, 1911.

Guillet. — Cancer du corps de l'utérus, hystérectomie abdominale totale, guérison datant de 9 ans et demi, Rev. mens. de gynéc. et d'obst., Paris, 1909, 437.

Grzankowski (B.). — Operative treatment of cancer of the uterus. Gaz. lek., Warszawa, 1906, 485-518.

Gibson (E.-A.). — Cancer of the body of the uterus, with small fibroid of ecrux. Glasgow, Med. Jour., 1903, X, 58.

Gaifami (P.). — Alcune note cliniche e statistiche sul cancro dell' utero. Rassegna d'ostet. e ginecol., Napoli, 1909, XVIII, 641, 656, 713.

Goullioud. — De l'hystérectomie en vase clos, spécialement dans le cancer utérin. Lyon médical, 1910, CXIV, 513-528.

Guibaud. — Fibrome utérin dégénéré. Gaz. médicale de Nantes, 1907, XXV, 554.

Gorovitz (Mlle Marie). — De la tuberculose génitale chez la femme. Thèse de Paris, 1900.

Grad (H.). — Report of a case of Wertheim operation for cancer of uterus, operated on at the Woman's Hospital by Dr Weibel. Bull. Woman's Hospit., N.-Y., 1913, I, 18-23.

Guillon (M.). — Contribution à l'étude de la coexistence de la tuberculose et du cancer de l'utérus. Thèse de Paris, 1912, 69 p. in-8°.

Garkisch (A.). — Demonstration zur Karzinomatösen Degeneration der Myom und zur Entstehung pseudo-sarkomatöser Partien in Uterukarzinomen. Prag. Med. Wchnschr., 1907, XXXII, 475.

Grimoud (J.). — La lutte contre le cancer de l'utérus. Etat actuel de la question. Thèse Toulouse, 1904, 295 p. in-8°.

Godart (J.). — Deux cas de cancer du corps utérin. Policlin., Bruxelles, 1905, XIV, 133-135.

Giles (A.). — Abdominal panhysterectomy for carcinoma of the body of the uterus. Med. Press. et Circ., London, 1904, n. s., XXVIII, 94.

Guibé (M.). — De la calcification des fibromyomes utérins. Ann. de gynécologie, Paris, 1901-02, p. 9-22.

Géraud (H.). — Cancer cavitaire du corps de l'utérus. Bull. et mém. de la Soc. anat., Paris, juillet 1904, XXIX, 586.

Guirao-Gea (M.). — Consideraciones sobre diagnostico del carcinoma de utero. Gac. med. d. Sun. de Espana. Granda, 1910, XXVIII, 198-201.

Guibé et Bender. — Fibrome et sarcome kystique de l'utérus. Bull. et mém. Soc. anat., Paris, décembre 1906.

Goullioud. — Technique opératoire de l'opération dite de Wertheim. Lyon chir., 1910, III, 209-222.

Guérin-Valmale. — Soc. sc. méd., Montpellier, 22 mars 1907.

Gondre. — Déciduome malin. Thèse Toulouse, 1901.

Garkisch (A.). — Klinische und anatomische Beitrage zur Lehre von Uterusmyom. Karger, éditeur, Berlin, 1910.

Goldenstein (M.). — Contribution à l'étude des métrorragies d'origine syphilitique. Thèse de Paris, 1908.

Geist (S.-H.). — A contribution to the histogenesis of sarcomatous changes in uterine fibromyomata. Am. J. Obst., N.-Y., 1913, XVIII, 1053-2063.

Guillou. — Contribution à l'étude de la coexistence de la tuberculose et du cancer de l'utérus. Thèse de Paris, 1911-12.

Graff (Von) de Vienne, Theilhaber, Frankl, Hofmeier, Zweifel, Selheim et Opitz. — Influence de la grossesse sur

le développement des tumeurs malignes. LXXXV[e] Congrès des Naturalistes et Médecins Allemands, Vienne, septembre 1913 (sect. gynéc. et obst.). Analyse *in* Rev. de gynécol. et de chir. abdom., Paris, 1[er] février 1914, p. 116.

Gottschale (Von V.). — Zur Aetiologie der Utérus myome. Sam. Klin. Vortraege, 1900, n° 275. Analyse *in* Ann. de gynécologie de Paris, 1901, p. 74.

Goullioud. — Tuberculose utérine. Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon, séance du 8 mai 1913.

Hartmann (H.). — De la supériorité de l'hystérectomie abdominale sur l'hystérectomie vaginale. Annales de gynécologie, Paris, 1905, p. 329-334.

— Gynécologie opératoire. Paris, 1914, G. Steinheil, éditeur, 500 pages avec 422 figures, dont 80 en couleurs.

Haultain (F.-W.-N.). — Some rare uterine new growths, simple papilloma of corpus uteri, primary tubercle of cervise, diffuse nodular fibrosis. Edinburgh Médical Journal, 1913, n. s., XI, 230-233, 2 pl.

Herzfeld (B.). — Ein Beitrag zur Statistik des Karzinoma uteri. Peterb. Med. Ztschr., St-Pétersb., 1913, XXXVIII, 167-169.

Honnoré (Mme). — Contribution à l'étude du diagnostic précoce du cancer de l'utérus par la biopsie. Thèse de Paris, mars 1914.

Hanfield-Jones (M.). — Two cases of fibromyoma of the uterus undergoing sarcomatous degeneration. Proc. Roy. Soc. Med., London, 1912-13, VI, Obst. et Gynéc. Sec.., 219-223.

Huré (Fr.). — Contribution à l'étude des sarcomes kystiques de l'utérus. Thèse de Paris, 1909-1910.

Hess. — Heilung eines Falles von Carcinoma uteri nach Probeanskratzung. Mit Bemerkungen von D. von Hansemann. Deutsche Med. Wchnschr., Leipz. u. Berl., 1913, XXXIX, 1038-1040.

Holland (E.). — A case of sarcoma of the uterus. J. Obst. et Gynaec. Brit. Emp. London, 1911, XX, 56-59, 5 pl.

Habuto (E.). — Ureter. und Blasenverletzungen bei Uteruscarcinom-Operationen. München., 1913, Kastner et Callweg, 52 p. in-8°.

Heinriciús. — A case of complete removal of a carcinomatous uterus. Finska lak.-sâllsk hand., Helsingfors, 1908, V, 2, 545.

Hesse (P.). — Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Uteruscysten. Berl., 1913, E. Ebering, 34 p. in-8°.

Huguenin. — Contribution à l'étude des tumeurs épithéliales du placenta. Ann. de gynécol. et d'obst., Paris, 1905, t. II, 659-674.

Herb (J.-C.). — Mixed tumours of the uterine body. Surgery, Gynecol. et Obst., Chicago, 1910, X, 463-467.

Hall (E.-A.) et Burford (G.). — Vaginal hysterectomy for carcinoma corporis uteri. Mouth. Homocop. Rev., Lond., 1903, 204.

Hyenne. — Etude des principales dégénérescences des myomes de l'utérus. Thèse de Paris, 1898.

Herrenschmidt (A.). — Deux tumeurs de l'utérus, adénomyome wolffien malin, métaplasie wolffienne (néphroïde d'un épithélioma glandulaire du corps. Bull. de l'Associat. franç. p. l'étude du cancer. Paris, 1912, V, 39-45, 2 pl.

Hartmann. — L'hystérectomie abdominale dans le cancer de l'utérus. Ann. de gynécol. et d'obst., Paris, juillet 1909, 400-417.

Hocheisen. — Statistiche Mitteilungen über 108 abdominale Beckenausräumungen bei Krebs des unteren Gebarmutterabschnittes. Charité. Ann., Berl., 1907, XXXI, 439-459.

Hanfield-Jones. — Cancer and fibromyoma coexisting in the body of the uterus. Tr. Obst. Soc. Lond., 1905, XVI, 305-306.

— Fibroid of uterus with cystic degeneration of the surrounding tissues. Tr. Obst. Soc. Lond., 1905, XVI, 307-309.

Hall (R.-B.). — Specimens of cancer of the body of the uterus. Lancet Clin., 1906, n. s., VI, 546.

Hicks (H.-T.). — Concerning three cases of carcinoma of the body of the uterus in the gynaecological wards. Guy's Hosp. Gaz., London, 1906, XX, 226.

Hall (R.-B.). — Early diagnosis of cancer of the body of the uterus. Lancet Clinic., Cincin., 1905, 345-347; 1905, IV, 122-124 (discussion), 126-134.

Howard. — Statistiques opératoires. British Med. Journ., 23 septembre 1905.

Hochheisen (P.). — Statistische Mitteilungen über die Danerresultate der vaginalen Totalextirpation des Uterus bei Krebs des unteren Gebarmutterabschnittes. Charité, Ann., Berl., 1905, XXX, 527-559.

Hall (R.-B.). — Cancer of the body of utèrus, operation, recovery. Lancet Clinic., Cincin., 1905, IV, 688.

Hammond (F.-C.). — Three cases of cancer of the corpus uteri. Am. Med. Phila., 1905, X, 528-530.

Hepp. — Thèse Paris, 1899. Fibrome et cancer.

Imbert et Piéri. — Colpohystérectomie abdominovaginale pour cancer de l'utérus. Marseille médical, 1910, p. 332.

— Sur l'extirpation large du cancer de l'utérus (colpohystérectomie totale). Clinique, Paris, 1909, IV, 8.

Isemer (Fr.-L.). — Zur Prognose der Radikalaloperation des Uteruscarcinoms bei gleichzeitig oder spâter auf tretenden Metastasen in der Scheide. Leipzig, 1903, 33 p. 8°.

Imbert (L.). et Piéri (E.). — Sur la colpohystérectomie totale. Ann. gynécologie et d'obst., Paris, 1906, 655-659.

Imbert (L.) et Piéri (F.). — Sur la colpohystérectomie vaginoabdominale. Marseille médical, 1907, XIV, 538.

Jones (A.-T.). — Simultaneous occurrence of adenocarcinoma and sarcoma in the saine uterus. Am. J. Obst., New-York, 1911, XIII, 449-459.

Jeannel. — La cure chirurgicale du cancer de la matrice. J. méd. franç., Paris, 1908, II, 712.

Judet. — Hystéroscopie. Bull. Soc. internat., 27 juin 1907.

Jones (A.-T.). — Results three years after hysterectomy in case of sarcoma and carcinoma of the uterus. Am. J. Obst., New-York, 1913, XVIII, 910.

Jesset (F.-R.). — Carcinoma of the uterus, Wertheim's operation. Med. Press. et Circ., London, 1906, 122.

Joux (Henri). — Recherches anatomiques sur la propagation et la généralisation dans le cancer de l'utérus. Thèse de Paris, 1905, 104 p. in-8°.

Jesset (F.-B.). — Carcinoma of the body of the uterus, vaginal hysterectomy. Med. Press et Circ., London, 1906, 500.

Jacobs (C.). — L'exérèse génitale par la voie abdominale et l'évidement pelvien dans le cancer utérin, résultats tardifs. Progrès médical belge, Bruxelles, 1904, VI, 133-137. Analyse *in* Annales de gynécologie, 1905, p. 186-190.

Jacobs. — Traitement chirurgical du cancer utérin. Progrès médical belge, Bruxelles, 1908, X, 153-157.

Jesset (F.-B.). — Carcinoma of the uterus. Brit. Gynec. J. London, 1906, XII, 12-27.

Jayle (F.) et Papin. — De la dégénérescence néoplasique des ovaires dans le cancer de l'utérus. Rev. de gynécol. et de chir. abdom. Paris, 1904, VIII, 939-964, 1 pl.

Jellett (H.). — Sarcoma of the body of the uterus from a girl aged 20. Proc. Roy. Soc. Med., London, 1910, III, Obst. et Gynaec. Sect., 186.

Jacobs (C.). — Cancer du corps utérin et fibrome. Bull. Soc. belge de gynécol. et d'obst., Bruxelles, 1911-12, XXII, p. 71.

Jaboulay. — Cancer de la muqueuse du corps et du col utérins: métastase ombilicale. Lyon méd., 24 juin 1912, CXIX, p. 463.

Jacobson (J.-H.). — The result obtained by the radical abdominal operation for carcinoma of the uterus. J. Am. M. Ass. Chicago, 1911, VI, 96-101.

Joaquin Cortiguera, de Santander. — Annales de gynécologie, 1906. Môles et chorio-épithéliomes.

Jonnesco. — Lésions des ganglions sympathiques dans le cancer utérin. IV^e^ Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Rome.

Jellet (A.). — Sarcoma of body of the uterus (b). Carcinoma of body of uterus. Tr. Roy. Acad. M. Ireland, Dublin, 1910, XXVIII, 326-328.

Jayle (F.). — Des causes de la mortalité du cancer de l'utérus et de sa guérison par l'hystérectomie. Presse médicale, Paris, 2 décembre 1908, 777-779.

Jacobs (C.). — Lymphatiques et cancer utérin. Progrès médical belge, Bruxelles, 1908, X, 105-107.

Jeannel. — La cure radicale du cancer de la matrice. Prov. méd., Paris, 5 sept. 1908, XIX, 379; Arch. méd., Toulouse, 1908, XV, 377-381; Toulouse médical, 1903, p. 198.

Jordan. — Die chirurgische Behandlung der Uteruscarcinoma. Stuttgart, 1901. Analyse *in* Annales. de gynécologie, Paris, 1902, p. 67.

Jaworski (M.). — Matériaux pour la statistique et l'étiologie du cancer utérin basés sur les recherches du Comité polonais pour l'étude du cancer. Gazet. Lekarska, 1912, nos 7 et 8.

Jonnesco. — Cancer de l'utérus (traitement). Congrès international de Rome, sept. 1902. Analyse *in* Ann. de gynécologie, Paris, 1902, p. 279.

Krônig (B.). — Kônnen wir hoffen durch Erhöhung das Operationoprozentz die absolute Leistung der abdominallen Totalextirpation des Karzinomatosen Uterus zu erhohen? (Pouvons-nous espérer, en augmentant le pourcentage des opérations, augmenter les cas de guérison définitive par l'hystérectomie abdominale totale dans le cancer de l'utérus?). Monat. fur Geb. und Gyn., Bd. XXXI, n° 1, janvier 1911, p. 55. Analyse *in* Rev. mens. d'obst. et de gynéc., Paris, 1912, p. 445.

Kounine (M.-S.). — Résultats éloignés du traitement du cancer de l'utérus à la Clinique gynécologique de Genève. Th. de Genève, 1912-13. Analyse *in* Arch. mens. d'obst. et de gynécol., Paris, 1914, p. 486.

Kretschmar (W.-G.). — Heilungserfolge bei Totalextirpation von Uteruscarcinomen. München, 1912, R. Mütter et Steincke, 20 p. in-8°.

Kamperman (G.). — A study of 212 cases of cancer of the uterus with special reference to early diagnosis. J. Mic. Med. Soc. Battle Crake, 1912, XI, 582-592.

Kerr (J.-M.-M.). — The frequency of adenocarcinoma of the body in fibroid tumours of the uterus: based on a series of two hundred cases of abdominal hysterectomy. British Med. J., London, 1910, I, p. 68.

Kelly (J.-K.). — Case of sarcoma of the body of the uterus and

right ovary and adenocystoma of the left ovary. Glasgow M. J., 1903, IX, 431.

KEIFFER. — Système nerveux intra-utérin. Soc. biologie, 26 mai 1900.

KING (A.-F.-A.). — Uterine carcinoma. Am. J. Obst., N.-Y., 1913, XVIII, 88.

KOVATCHEFF (M.). — La compression des uretères dans le cancer de l'utérus. Thèse de Toulouse, 1905-1906.

LUND (M.-F.-B.). — Advantages of abdominal hysterectomy. Boston Medical and Surg. Journ., 11 juillet 1912, n° 2, p. 47. Analyse *in* Rev. mens. d'obst. et de gynéc., Paris, 1913, p. 302.

LECÈNE (P.). — Sarcome développé sur un utérus fibromateux. Hystérectomie supra-vaginale. Guérison opératoire. Bulletin Soc. anat., Paris, novembre 1907.

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU (M.). — Traité médico-chirurgical de gynécologie. 4e édition in-8°, Paris, F. Alcan.

LEGUEU (M.). — Hystérectomie abdominale pour cancer, au huitième mois de la grossesse. Soc. d'obst. et de gynéc., Paris, 1901. Analyse *in* Annales de gynécologie, Paris, 1901, p. 304-308.

LEPAGE. — Ann. de gynécologie, Paris, 1901, p. 394.

LATTEUX et PROUST. — Sarcome sphacélé de l'utérus. Bull. Soc. anat., Paris, mai 1909.

LE ROY BROUN. — Cancer of the uterus and the annexi. Soc. for the control of cancer. New-York Med. Journ., décembre 1913, p. 404.

LANDAU. — Berlin. Klinische Wochenschrift, 2 mai 1898. Statistiques opératoires.

LAROCHE (R.). — La lutte contre le cancer et particulièrement ment contre le cancer utérin. Thèse de Lyon, 1910.

LEITH (R.-F.-C.). — Pathology of tumours of the corpus uteri. J. Obst. et Gynaec. Brit. Emp., London, 1911, XIX, 375-400, 7 planches; 447-477, 21 planches.

LAFONT (P.-F.). — De la dégénérescence sarcomateuse des fibromyomes de l'utérus. Thèse de Bordeaux, 1902.

LAPOINTE (A.). — Le diagnostic précoce du cancer de l'utérus. Clinique, Paris, 1906, I, 676-678.

Lawers. — Keratinising carcinoma of the body of the uterus. Tr. obst. Soc., Lond. (1903), 1904, XV, 97-100.

Lewers (A.-H.-N.). — Cancer of the uterus, a clinical monograph on its diagnosis and treatment with the after results in seventy-three cases treated by radical operation. Philadelphie, 1902, 328 p., 3 pl. in-8°.

Ladinski (L.-J.). — Sarcomatous degeneration of a uterine fibroid. Am. J. Obst., N.-Y., 1913, XVII, 1010.

Lewers (A.-H.-N.). — Two clinical lectures on cancer of the uterus: I. On cancer of the cervix; II. On cancer of the body of the uterus. Clinic. J. Lond., 1904, XXIV, 321, 337.

— Two uteri removed by abdominal panhysterectomy for cancer of the body. Tr. obst. Soc. Lond. (1902), 1903, XIV, 10-23, 290, 1 pl.

Lorthioir (J.). — Histerectomia total por sarcoma del utero en una nina de 3 anos. Arch. de ginecop., Barcelona, 1903, 439-442.

Lastaria (F.). — La chirurgica del cancro nella sua tecnica e nei suoi risultati. Arch. ital. di ginecol., Napoli, 1912, 405-418.

Leith (R.-F.-C.). — Tumours of the body of the uterus. Birmingh., M. Rev., 1910, XIX, 181-195.

— Pathology of tumours of the body of the uterus. Birming., M. Rev., 1910, 253-274.

Le Dentu. — Clini. chirurg., 1904.

Luys (G.). — Importance de la cystoscopie dans le cancer de l'utérus. Rev. de gynéc. et chir. abd., Paris, 1913, 97-112, 1 pl.

Liepmann (W.). — Drainage und Freund-Wertheim'sche Karzinomoperation. Zentralbl. f. Gynaek., Leipz., 1912, XXXVI, 1078-1081.

Lomon (A.). — La pyométrie dans le cancer de l'utérus. Gaz. de gynécol., Paris, 1912, 225-233.

Lovrich. — Die gefährliche Folge einer Wertheim'schen Operation. Pest. Med. Chir. Presse, Budapest, 1910, XVI, 253.

Lambert. — Opération de Wertheim. Lyon médical, 1911, CXVI, 783.

Ladinski (L.-J.). — Adenocarcinoma of the uterus; radical abdominal hysterectomy. Am. J. Obst., N.-Y., 1911, XIV, 314.

Lewers (A.-H.-N.). — A case of pan-hysterectomy for carcinoma of the body of the uterus, in which an infiltrated portion of the bladder was removed. Clin. J., London, 1910, XXXVI, 6-8.

Lomon (A.). — La pyométrie dans le cancer de l'utérus. Tribune médicale de Paris, 1907, n. s., XXXIX, 550-552.

Levin (J.). — Cancer of the uterus: an etiological study based on clinical statistics. Am. J. Obst., N.-Y., 1910, XII, 201-214 (discussion), 281-288.

Lewers (A.-H.-N.). — Carcinoma of the body of the uterus, vaginal hysterectomy; patient free from recurrence fifteen years afterwards. Proc. Roy. Soc. Med., Lond., 1908-1909, II, Obst. et Gynaek. Sec., 40.

— Uterus with carcinome of the body and multiple fibroids. Tr. Obst. Soc. Lond., 1905, XVI, 266-269.

Lacouture. — Fibrome œdémateux avec dégénérescence sarcomateuse. J. de médec., Bordeaux, 1905, XXXV, p. 66.

Lauwers. — Bull. Soc. belge de gyn. et obst., 1899-1900; survies opératoires.

Labusquière (R.). — Revue générale. — Pour la cure radicale du cancer de l'utérus. (Lapthorn Smith, J. Veit.) Annales de gynécologie, Paris, 1906, 281-287.

Lomon (André). — La pyométrie dans le cancer utérin. Thèse de Paris, 1906-1907.

Lastaria. — I recenti risultati operatori del Bumm nell' operazione radicale del cancro uterino. Arch. ital. di ginec., 1913, n° 5.

Mercadé. — Kystes et abcès de l'utérus. Thèse de Paris, 1905-06.

Miller (J.-R.). — The relation between sarcoma and myoma of the uterus and its bearing on X ray therapy of uterine myomata. Surg. Gynec. et Obst., Chicago, 1913, XVI, 315-321.

Mauclaire. — Fibrosarcome kystique de l'utérus. Bull. et mém. Soc. chir., novembre 1906.

Maurel (Bruno). — La pyométrie dans le cancer utérin (contribution clinique). Thèse de Montpellier, 1908-09, n° 50.

Mazet. — Myome rouge de l'utérus. Lyon médical, 1914, CXXII, 13-15.

Meyer-Ruegy. — Ein besonderen Fall von Chorioépithéliom. G. Rundschau, 1913, Genève, p. 308.

Makykosta (G.). — Early diagnosis of cancer of the body of the uterus. Jarike Prorodos in Züro, 1908, XIII, 37-46.

Mériel (E.). — Fibrome du col et cancer épithélial du corps utérin. Semaine gynécol., Paris, 1908, XIII, 345-348.

Moulonguet. — Fibromes et cancer de l'utérus. Gaz. méd. de Picardie, Amiens, 1903, 322.

Martin (J.-F.). — Association de fibrome et de cancer du corps utérin. Lyon médical, 1911, CXVII, 67-70.

Mériel. — Sarcome primitif du corps utérin, dégénérescence fibrokystique et caséeuse. Toulouse médic., 1905, 253-260.

Markoff (Mlle J.). — Résultats éloignés du traitement opératoire du cancer de l'utérus. Thèse de Lausanne, 1911, 96 p. in-8°.

Meda (P.-C.). — Carcinoma del corpo uterino con ematometra. Arte Ostetricia, Milano, 1905, XIX, 17, 37.

Miller. — Carcinoma of the corpus uteri. Am. J. Obst., N.-Y., 1907, VI, 510.

Mauté (A.) et Daniel (C.). — Cancer colloïde du corps utérin. Bull. et mém. Soc. anatomique de Paris, juin 1904, XXIX, 510-513.

Maurange (Gabriel). — Endométrite fétide des femmes âgées. Presse médicale, 1895, p. 26.

Ménétrier. — Le cancer. Voir Brouardel et Gilbert, Traité de médecine, n° 13, Paris, 1908.

Maunu af Heurlin. — Zur Kenntnis des Baues, des Wachstums und der histologischen Diagnose des Carcinoma corporis uteri, mit Bemerkungen über die atypische Epithelwucherung der Uterusschleimhaut. Arch. f. Gynaek., Berl., 1911, XCIV, 402-490, 3 pl.

Montgomery (E.-E.).— What can be done to lessen the mortality fo carcinoma uteri? Phila. Med. J., 1903, XI, 69-72.

Munro-Kerr. — British Med. Journ., janv. 1910.

Mac Donald (E.). — Complications and degenerations of uterine fibromyomata, a pathologic and statistical study of two hundred and eighty cases. J. Am. M. Ass., Chicago, 1904, XIII, 1344-1349.

— Fibromyoma of the uterus complicated by cancer or sarcoma. J. Am. Med. Ass., Chicago, 1909, III, 952-955.

Meyer (L.). — Beitrag zur Statistik der Totalextirpation bei Uteruscarcinom. Bonn, 1902, C. Georgi, 51 p. in-8°.

Murray (L.) et Little (M.). — Un cas de tumeur mixte de l'utérus, adénochondrosarcome. Journal of obstetrics and gynecologie of the British Empire, t. XXV, n° 1, janvier 1914, p. 26.

Maury (E.). — Importance de l'exploration interne de l'utérus dans les métrorragies. Thèse d'Alger, 1912.

Miginiac et Girou. — Myome œdémateux de l'utérus en voie de transformation sarcomateuse. Bull. et mém. Soc. anat., Paris, 1913, p. 207.

Masay (F.) et Louyot (A.). — Contribution à l'étude des kystes du placenta. Revue mens. de gynéc. et d'obst., 1912, 474-480.

Marsh (J.-H.). — Sarcoma of the uterus. British Med. J., London, 1913, II, 782.

Mackenrodt et Brunet. — Klinische und anatomische Resultate der abdominalen Karzinomoperation. Zentr. f. Gynak., 1905, n° 18, p. 553. Analyse *in* Annales de gynécologie, Paris, 1905, p. 388-391.

Monod. — Kystes de l'utérus. Bull. Soc. chir., 15 juin 1096 et 19 décembre 1906.

Muret. — Satistiques des cancers génitaux. Société vaudoise de de médecine, 14 janvier 1911.

Maly (W.). — Revue analytique (tuberculose utérine). Annales de gynécologie, Paris, 1908, 54-58.

Neumann-Dorland. — Philadelphia Med. Journ., mars 1901.

Noble (C.-P.). — Dégénérescence maligne au niveau de culs-de-sac glandulaires inclus dans le myome. Am. J. Obst., N.-Y., 1904.

Neuwirth. — Zur Therapie des Gebaermutterkrebses in den allererstenAnfaengen. (Sur le traitement du cancer uté-

rin dans ses tout premiers stades.) Zentralbl. f. Gynak., 1913, n° 33.

Noren (B.). — Mikroskopiska undersökningar öfver carcinoma corporis uteri. Finska läk. sallsk. handl., Helsingfors, 1913, II, 242-268, 5 pl.

Nikolenko (Mlle Marguerite). — Contribution à l'étude clinique et anatomopathologique de l'influence du cancer de l'utérus sur le système urinaire (deuxième cas). Genève, 1912, 23 p., 1 pl. in-8°.

Noble (C.-P.). — Fibroid tumours of the uterus, a study of the degenerations and complications in 2.274 consecutive cases, including 337 cases of the writers, also a study of 4880 consecutive cases in their relation to carcinoma and sarcoma of the uterus. J. Obst. et Gynaec., British Empire, London, 1906, X, 436-477.

Notteau. — Adénocarcinome du corps de l'utérus. Bull. Soc. de médec. de Gand, 1909, 113-118.

Nagel (W.). — Zwei Falle von Carcinoma corporis uteri. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynak., Stuttg., 1906, VII, 325.

Nicolsky (Mlle Barbe). — Evolution et complications des fibromyomes utérins. Thèse de Paris, 1912-13.

Ott (D. de), Saint-Pétersbourg. — Valeur comparée des différents procédés de traitement chirurgical du cancer de l'utérus. Communication au XVI[e] Congrès international de médecine de Budapest. Analyse *in* Annales de gynécologie, Paris, 1909, p. 634-636.

— Valeur comparée des procédés opératoires du cancer de l'utérus et des résultats obtenus. Rapport au Congrès international des sciences médic., Londres, août 1913. Rousski Vratch, 1913, n° 32. Analyse *in* Annales de gynécol. et d'obst. de Paris, septembre 1913, p. 496-501.

Opitz. — Deux carcinomes utérins rares, avec remarques touchant la théorie des tumeurs malignes. Zeitschr. f. Geburth. u. Gyn., Bd, XLIX, Heft 2, p. 169. Analyse *in* Ann. de gynécologie et d'obstétr., Paris, 1903, p. 152.

Ottow (B.). — Hämatometra im 80 Lebensjahre, bedingt durch ein Korpuskarzinoms bei erworbener Atresia cervicis.

Zentralblatt fur Gynaekologia, Leipzig, 1913, XXXVI, 275-279.

Odinot (Maurice). — Des polypes fibreux utérovaginaux (énormes polypes). Thèse de Montpellier 1908-1909, n° 43.

Obata (J.). — Statistischer Beitrag zur Morphologie des Uteruscarcinoms. Arch. für Gynaek., Berl., 1913, XCIX, 474-490.

Ott (D. de). — Valeur comparée des différents procédés de traitement chirurgical du cancer de l'utérus. Ann. de gynéc. et d'obst., Paris, 1909, 634-636.

Orsos. — Ueber adenocarcinoma papillare diffusum corporis uteri metaplasticum. Verhandl. d. Deutsch. Path. Gesellsch., Iéna, 1910, 326-332, 1 pl.

Onlesko-Stroganov (Mme). — Sur la malignité des myomes de l'utérus. Soc. obst. et gynéc. de Saint-Pétersb., mai 1901. Analyse *in* Ann. de gynécologie, Paris, 1903-I, p. 228; 1903-II, p. 296.

Oliva (L.-A.). — Recurrent fibroids? Degenerazione maligna dei tumori fibromiomatosi dell' utero. Boll. d. r. Accad. Med. di Genova, 1906, XXI, 25-40, 2 pl.

Oltramare (Mme). — Etude sur la généralisation aux voies lymphathiques du cancer de l'utérus. Ann. de gynéc. et d'obst., Paris, 1904, 271, 350.

Olivares (S.). — Essai sur l'adénome malin de l'utérus. Thèse de Paris, 1901.

Opitz. — Cancer du corps généralisé, qui avait gagné la paroi postérieure de l'utérus et envahi le rectum. Mittelcheinische Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynaekologie. XLIII[e] séance, 17 nov. 1912, à Frankfort-s.-M.

Pellanda. — La mort par fibromyomes utérins. Thèse de Lyon, 1904-1905.

Py (L.). — Des myomes rouges de l'utérus. Thèse de Montpellier, juillet 1913, 35 p.

Porter (M.-C.-A.). — Surgical treatment of cancer of the uterus. The Boston Med. and Surg. Journ., 11 juillet 1912, vol. CLXVII, n° 2, p. 45. Analyse *in* Rev. mens. d'obst. et de gynécol., Paris, 1913, p. 298.

PROUST et CARAVEN. — Sarcome (myome) malin de l'utérus. Bulletin et méd. de la Soc. anat., Paris, mai 1909.

PIQUAND et LOUBEYRE. — Fibrome du col et épithélioma du corps de l'utérus. Bull. Soc. anat., Paris, juillet 1909.

PETERSON (R.). — Primary and end results of fifty one radical abdominal operations for cancer of the uterus. Tr. Am. Gynec. Soc. Philadelphia, 1912, XXXVII, 295-308.

PROUST et MAURER (A.). — Ligature de l'artère hypogastrique dans l'hystérectomie abdominale élargie pour cancer. Journal de chirurgie, août 1913, t. XI, n° 2, p. 141-154, avec 7 fig. *In* Revue de gynécologie et de chir. abdominale, janvier 1914, p. 50-59, avec figure.

POTHERAT (E.-H.-G.). — Contribution à l'étude de l'hystérectomie vaginale dans le cancer de l'utérus. Thèse de Paris 1910-1911.

PAUCHET (Victor). — Cancer utérin, rôle de la cystoscopie, extirpation par le vagin élargi. La Gynécologie, 17e année, n° 12, décembre 1913, p. 728-740. Analyse *in* Revue de gynécologie et de chir. abdom., Paris, 1er mars 1914, p. 243.

PICHEVIN. — La lutte contre le cancer de l'utérus. Gazette de gynécologie, Paris, 1913, XXVIII, 161, 177, 193.

PETO (E.). — Klinische und pathologisch-histologische Beabachtungen über die Heilung der Gebarmutterkrebses mittels der Wertheimschen Operation. Virchow's Arch. f. path. Anat., etc., Berl., 1913, CCXIII, 470-503.

POLIDOR. — Canaux de Gartner. Thèse Bordeaux, 1901.

PROUST et CARAVEN. — Sarcome myome malin de l'utérus. Bull. et mém. de la Société anatomique de Paris, 1905.

POLLOSSON. — Myome malin de l'utérus. Lyon médical, 1905.

PETERSON (Ruben). — Primary and results of fifty one radical abdominal operations for cancer of the uterus. Surgical Gynecol. Obst., août 1912, vol. XV, n° 2, p. 135. Analyse *in* Rev. mens. d'obst. et de gynécol. de Paris, 1913, p. 302.

PROZOROVSKI (M.). — New method of complete extirpation of a cancerous uterus by abdominal section, modified Wertheim method. Russk. Vrach., St-Pétersb., 1905, IV. 329-336.

Picqué (L.). — A propos du traitement du cancer utérin par l'hystérectomie abdominale totale. Chir. d. Alién., Paris, 1904, III, 251-262.

Pasquier. — Fibrome et cancer. Thèse Paris, 1899.

Piquand (G.). — Les dégénérescences des fibromyomes de l'utérus. Tribune médicale de Paris, 1905, 213-215.

— Le sarcome de l'utérus; étiologie; anatomie pathologique du sarcome du corps. Revue de gynécol. et de chir. abdom., Paris, 1905, IX, 387-446, 579-622.

— Fibromes et cancer utérins. Ann. de gynécol. et d'obstétrique, Paris, juillet 1905, II, 393, 485, 565.

Pulido-Martin (A.). — Operacion radical de Wertheim para el carcinoma del' ütero. Siglo Med., Madrid, 1903, I, 219-221-345-347.

Péraire (M.). — Fibromes multiples de l'utérus, quelques-uns dégénérés; fibromes des ovaires et de la trompe utérine droite; guérison. Bull. et mém. Soc. anat., Paris, 1903, 378.

Pichevin. — Cancer de l'utérus et hystérectomie vaginale. Semaine gynécologique, Paris, 1905, X, 185.

— De la dégénérescence latente du fibrome utérin. Semaine gynécologique, 1904, IX, 169.

— Fibrome et dégénérescence maligne de l'utérus. Semaine gynécologique, 1904, IX, 185.

— Hystérectomie vaginale pour cancer utérin. Semaine gynécologique, Paris, 1907, XII, 81.

— A propos du cancer de l'utérus. Semaine gynécologique, Paris, 1907, XII, 145.

— De la douleur pelvienne, contre-indication de l'hystérectomie dans le cancer utérin. Semaine gynécologique, 1907, XII, 193.

— A propos du cancer utérin. Semaine gynécologique, 1905, X, 369.

Piquand (G.). — Le sarcome de l'utérus, symptômes, diagnostic, traitement. Rev. de gynécol. et de chir. abdom., Paris, 1905, IX, 817-856.

Piquand (M.-G.). — Les dégénérescences des fibromyomes de l'utérus. Thèse de Paris, 1905, 425 p., 8 pl., in-8°.

Pollosson (A.) et Violet. — Fibromyome avec dégénérescence néoplasique de la muqueuse utérine, hystérectomie abdominale totale. Lyon médical, 1904, CIII, 1064.

Pierre-Nadal. — Bulletin de l'Association pour l'étude du cancer, Paris, 1911.

Pakowski (J.). — Cancer du corps de l'utérus et fibrome. Bull. et mém. Soc. anat., Paris, oct. 1912, p. 376.

Princeteau et Bousquet. — Cancer primitif du corps utérin développé dans un utérus fibromateux. J. de médec., Bordeaux, 4 mai 1913, p. 284.

Peterson (R.). — Consideration of the technique of the radical abdominal operation for uterine cancer based upon and experience with forty four cases. Surgical Gynaek. et Obstetr., Chicago, 1911, XII, 152-158. Analyse *in* Rev. mens. d'obst. et gynécologie, Paris, 1912-I, p. 486-490.

Pozzi (S.). — L'hystérectomie abdominale élargie dans le cancer de l'utérus. Rev. mens. de gynéc., d'obst. et de pédiat., Paris, 1911, VI, 121-129.

— Traité de gynécologie.

Pichevin (R.). — Le cancer de l'utérus et l'hystérectomie vaginale élargie. Semaine gynécol., Paris, 1910, XV, 201-203.

— De l'hystérectomie dans le cancer de l'utérus. Semaine gynécologique, Paris, 1908, p. 385.

— De l'hystérectomie abdominale et de l'hystérectomie vaginale dans la cure du cancer utérin. Semaine gynécologique, 1909, XIV, 249.

— La lutte contre le cancer de l'utérus. J. de médecine de Paris, 24 février 1912, XXIV, 151-158.

— Les formes lentes du cancer utérin. Semaine gynécologique, Paris, 1910, XV, 329.

— Dégénérescence maligne probable d'un fibrome du fond de l'utérus. Semaine gynécologique, Paris, 1911, XVI, 218-220.

Pichevin (H.). — Cancer utérin et hystérectomie. Semaine gynécologique, 1909, XIV, 373.

Platon. — Traitement du cancer de l'utérus. Gaz. de gynécol., Paris, 1907, 337-346.

Pauchet (V.). — Que vaut le traitement chirurgical du cancer utérin. Rev. mens. d'obst. et gynécol., Paris, 1908, 58-62.

Pollosson (A.). — Hystérectomie abdominale avec évidement pelvien et recherche des ganglions pour cancer de l'utérus, réflexions sur 32 opérations. Rev. de gynécol. et de chir. abdominale, Paris, 1905, IX, 771-816, 1 pl.

Pichevin. — Importance du diagnostic précoce du cancer dans l'utérus, prophylaxie. Semaine gynécologique, Paris, 1904, p. 401.

Piquand. — Le sarcome de l'utérus. Thèse de Paris, 1905.

Pellanda. — Fibrome et cancer. Thèse Lyon, 1905.

Proutière. — Hystéroscopie. Thèse Paris, 1898.

Pettit. — Diagnostic histologique des curettages utérins. Th. Paris, Schlücher, éditeur, 1901.

Prenant (A.), Bouin (A.) et Maillard (L.). — Traité d'histologie, t. II. Histologie et anatomie microscopique. Paris, Masson et Cie, 1911.

Perdrigé (J.-G.). — Sarcomes de l'utérus. Thèse de Paris, 1911-1912.

Pozzi. — Traité de gynécologie, Paris, 1905.

Péraire. — Myxosarcome de l'utérus, hystérectomie supravaginale. Bull. Soc. anat., Paris, octobre 1908.

Piquand (G.). — La calcification des fibromyomes de l'utérus. Annales de gynécologie, Paris, 1905, p. 335-361.

Petit (A.). — Diagnostic histologique des curettages utérins. Th. de Paris, 1900.

Pozzi (Paris). — Cancer de l'utérus. Congrès international de Rome, sept. 1902. Analyse *in* Ann. de gynécologie, Paris, 1902-II, 263.

Quénu. — Diagnostic précoce de l'épithélioma utérin. Presse médicale, 13 janvier 1905.

Rohrig. — Zeitsch. f. Geb. und Gyn., 1880.

Rossier (G.). — Le carcinome de l'utérus. Ann. de gynéc. et d'ob. Paris, 1911, 147-151.

Rachmilewitsch (Espira). — Ein hundert Falle von abdominaler Extirpation des carcinomatösen Uterus mit Beckensauraumung. Berl. (1907), E. Ebering, 76 p., in-8°.

ROUFFART. — Cancer du corps utérin, laparo-hystérectomie. J. de méd. de Bruxelles, 1904, IX, 84.

REIMER (Ewin). — Ueber die Operabilität der Uteruscarcinome in Ostpreussen. Konigsh. i. Pr., 1903, R. Leupold, 54 p. in-8°.

RICHELOT. — Fibrome et cancer (discussion). Bull. et mém. Soc. chir., Paris, 1904, 644-646.

RUNGE (E.). — Ueber die Veranderungen der Ovarien bei syncytialen Tumoren und Blasenmole, zugleich ein Beitrag zur Histogenese der Luteïncysten. Arch. f. Gynaek., Berl., 1903, XIX, 33-70.

RIGALL. — Contribution à l'étude du diagnostic précoce du cancer de la cavité utérine. Thèse Montpellier, 28 mai 1913.

REDLICH. — Envahissement cancéreux d'un fibromyome utérin. Soc. gynéc. et obst., St-Pétersbourg, 20 fév. 1903.

RUBL. — Mitt. a. d. path. Institut z. Munchen, 1878.

RUGE et VEIT. — Zeitsch. f. Geb. und Gyn., 1881.

ROCHE. — La muqueuse utérine dans les fibromes. Thèse Bordeaux, 1903.

RECANSENS (S.). — La histerectomia en el cancer. An. de la Acad. de obst., etc., Madrid, 1910, 1-7.

RUBENS-DUVAL (H.). — Cytologie des inflammations cutanées. Thèse de Paris, 1908.

RAMON y CAJAL (P.). — Algunos casos de cancer del cuerpo uterino. Clin. med., Zaragoza, 1907, VI, 16-25.

ROBLIN (J.). — Contribution à l'étude des formations adénomyomateuses de l'utérus. Thèse de Bordeaux, 1911-12.

ROBIN (L.-G.-J.). — Des sarcomes du corps de l'utérus. Thèse de Bordeaux, 1911-1912.

RIES (E.). — Chorionic villi in the uterine wall eighteen years after the last pregnancy; a contribution to the pathogenesis of malignant chorio-epithelioma. Am. J. Obst., N.-Y., 1913, XVII, 433-443.

RITTER. — De la coexistence du sarcome et du carcinome de l'utérus. Inaug. Dissert., Zurich, 1902.

RIXFORD (E.). — Sarcoma of the uterus. California State Journal Medical, San-Francisco, 1913, XI, 118-122.

RAWLS. — Cancer of the uterus. Medical Record, 1913, n° 20.

Rouville (de) et Aimes. — Considérations sur cinquante-trois cas de fibromyomes utérins. Montpellier médical, 1912, XXXV, 662-670.

Raab. — Zellreiche Myome und Myosarkome des Uterus. Arch. f. Gyn., 1913, C, n° 2.

Rossier (G.). — La lutte contre le carcinome de l'utérus. Conférence faite Soc. vaudoise de médecine, 14 janv. 1905. Annales de gynécologie, Paris, 1905, p. 152-160.

Recasers (S.). — De la operabilidad del cancer uterino en Espana. Anales Acad. de obst., ginec. y ped., juillet 1911, p. 225. Analyse *in* Annales de gynécologie, Paris, 1912, p. 188.

Schwartz (Ed.). — Deux observations, l'une de fibrome sous-muqueux de l'utérus en voie de mortification, l'autre d'épithélioma cylindrique du corps de l'utérus. Diagnostic et traitement. Soc. d'obst., de gynéc. et de pédiatrie de Paris. Analyse *in* Annales de gynécologie, Paris, 1903-II, p. 276.

Smith (J.-L.) et Shaw (W.-F.). — Red degeneration of uterine fibromyomata. Proc. Roy. Soc. Med., London, 1912-13, VI, Obst. et Gynaec., Sect., 131-143.

Siredey et Lemaire. — De l'utilité d'un curettage explorateur par le diagnostic précoce du cancer utérin. Ann. de gynéc. et d'obst., 1913, X, mai, p. 302.

Shaw (W.-F.). — Haemorrhage into an angiomatous fibromyoma of the uterus and atheroma of the uterine arteries. J. obst. et gynaec. Brit. Emp., Lond., 1913, XXIV, 22, 1 pl.

Schmittmann (P.). — Ueber maligne Degeneration der Uterusmyome mit besonderer Berucksichtigung der Combination von Carzinom mit Myom. Bonn., 1912, H. Trapp, 43 p. in-8°.

Shallenberger (W.-F.). — Carcinoma of the uterus and some of its problems. Atlanta Jour. Rec. Med., 1911-12, 361-368.

Soulier (Paul). — Etude de la coexistence du fibrome et du cancer épithélial de l'utérus. Thèse de Toulouse, 1907-1908, n° 789.

Scheib (A.). — Klinische und anatomische Beiträge sur operativen Behandlung des Uteruscarcinoms. Arch. f. Gynak., Berl., 1909, XXXVII, 1-233. Analyse *in* Annales de gynécologie, Paris, 1909, p. 300-313.

Santi (E.). — Contributo alla conoscenza delle forme degenerative piu rare del fibromiomi uterini. Folia Gynaec., Pavia, 1908, I, 87-101, 1 pl.

Stickel (M.). — Pathologische anatomische Untersuchungsbefunde an Recidiven nach Uterus carcinomoperationen. Arch. f. Gynaek., Berl., 1910, XC, 395-439.

Schramm. — Centralblatt für Gyn., 1892.

Schultz-Schultzenstein. — Berlin. Klin. Wochen., 1902, n° 38, p. 661.

Shimonek (G.-F.). — Carcinoma of the uterus, some considerations of its inoculability, should vaginal hysterectomy for carcinoma be abandoned? Clin. Rev., Chicago, 1903-1904, 249-255.

Spanton (W.-D.). — Sarcoma and myoma of the uterus, operation. British. Med. J., London, 1904, I, 19.

Scharlieb (Mary). — A analysis of a second hundred cases of operation for fibromyomata uteri, with special reference to their degenerations and local complications. Proc. Roy. Soc. Med., Lond., 1908-09, II, Obst. et Gynaec., sect., 45-73.

Seeligmann (L.). — Weitere Mitteilungen zur abdominellen Totalextirpation des Uteruskarzinoms. Zentralblatt f. Gynaek., Leipzig, 1909, XXXIII, 1116.

Swayne (W.-C.). — Sarcoma of the body of the uterus with complete inversion. Tr. Obst. Soc., Lond. (1902), 1903, 366-368.

Sturmdorf (A.). — Adenocarcinoma of the corpus uteri. Am. J. Obst., N.-Y., 1910, XI, 312.

Shlenker (M.-A.). — Primary carcinoma of the body of uterus. N.-Orl., M. et S. J., 1910-11, XIII, 169-173.

Siredey et Danlos. — Cancer du corps envahissant un myome. Dict. méd., art.: utérus.

Spencer (H.-R.). — Carcinoma of the body of the uterus in a patient aged 29. Proc. Roy. Soc. Med., Lond., 1911, 308-312.

Siredey. — Le diagnostic précoce du cancer de l'utérus. Bull. méd. Paris, 8 avril 1911, XXV, 287-291.

Spencer (H.-R.). — Caseating carcinoma of the corpus uteri. Proc. Roy. Soc. Med., London, 1907-08, I, Obst. et Gynaec., sect., 119-122.

— Cancer of the body of the uterus simulating fibroid in a woman aged thirty-six. Tr. Obst. Soc. London, 1905, XVI, 235-538.

Stratz (C.-H.). — Die rechtzeitige Erkennung des Uteruskrebses. Ein Wort an alle praktischen Aerzte. Stuttg., 1904, F. Enke, 53 p., 1 pl. in-8°.

Schick (E.). — Carcinoma corporis uteri. Metastase im paravaginalen Bindegewebe. Zentralblatt fur Gynakol., Leipzig, 1907, XXXI, 635-637.

Schindler (R.). — Statistische und anatomische Ergebnisse bei der Freund-Wertheimischen Radikaloperation des Uterus-Karzinoms. Monatsch. f. Geburtsh. u. Gynak., Berl. 1906, XXIII, 235-258; 371-502.

Sutton (J.-B.). — Uterine fibroids complicated with cancer of the body of the uterus. J. Obst. et Gynaec. Brit. Emp., London, 1906, X, 1-5, 1 pl.

Schlangenhaufer. — Verband d. deutschen Path. Gesell. F., Tagung, 1902.

Stadin (C.-F.-W.). — Ueber einen Fall von Durchbruch eines Corpuscarcinoms in ein intraligamentäres Myom des Uterus. Leipzig, 1904, B. Georgi, 34 p. in-8°.

Smith (A.-L.). — Le cancer de la matrice. Revue médicale du Canada, Montréal, 1902-03, VI, 387, 401.

Soulier (H.). — Coexistence du fibrome et du cancer épithélial de l'utérus. Thèse Toulouse, 1908.

Sicard. — Sarcome primitif de l'utérus avec annexite double, simulant une tuberculose caséeuse des trompes. Bull. Soc. anat., Paris, 1908, octobre.

Siredey (M.) et Lemaire (de Paris). — Diagnostic précoce du cancer utérin. VII[e] Congrès de gynécol., d'obst. et de pédiatrie, Lille, 1913. Analyse *in* Arch. mens. d'obst. et de gynéc., 1913, p. 437.

Samgin (B.-N.). — Flat-celled cancers of the corpus uteri. Med. Obozr. Mosk., 1913, XXX, 142-147.

Taussig (M.-Freed.-J.). — The prognostic in radical abdominal operation for uterine cancer. Surgery. Gynecology Obstetrics, août 1912, vol. XV, n° 2, p. 147. Analyse *in* Rev. mens. d'obst. et de gynécol., Paris, 1913, p. 300.

Tate (W.). — Fibromyoma of uterus with extensive carcinoma of body of uterus, and fibroma of ovary. Tr. Obst. Soc., Lond., 1905, XVI, 139-141.

Toupet et Lebret. — Transformation sarcomateuse d'un fibrome de l'utérus. Bull. et mém. Soc. anat., Paris, 24 fév. 1905.

Tuffier et de Rouville. — Résultats éloignés des opérations pour cancer de l'utérus. Paris médical, 1910-11, 414-429. Montpellier médical, 1911, 505, 529.

Taylor. — Sarcomes de l'utérus. Am. Journ. of Obst., New-York, 1909.

Thévenard. — De l'hystérectomie abdominale totale pour cancer utérin. Paris chirurg., 1911, II, 583.

Targett (J.-H.). — Carcinoma of the body of the uterus with keratinization of the growth. Proc. Roy. Soc. Med. London, 1909-10, III, n° 6; Obst. et Gynaek. Sect., 153-155.

Tixier. — Néoplasme cavitaire du corps de l'utérus propagé au col. Opération de Wertheim. Lyon médical, 1908, CX, 82.

Taylor (H.-C.). — Sise cases of sarcoma of the uterus. Am. J. Obst., N.-Y., 1907, VI, 373-376.

Thiébaut. — Fibrome utérin et cancer du corps. Bull. Société belge de gynéc. et d'obst., Bruxelles, 1912-1913, XXII, p. 31.

Tweedy (E.-H.). — Method of radical extirpation of the cancerous uterus, based on a series of 48 cases. Tr. Roy. Ac. M., Ireland, Dublin, 1911, XXIX, 350-367.

Tracy (S.-E.). — Fibromyomata uteri. A study of the degenerations, complications, and associate conditions in three thousand fixe hundred and sixty one cases. Surgical gynaecology et Obstetrics, Chicago, 1908, VI, 246-254.

Tixier. — Cancer du corps de l'utérus. Clinique, Paris, 1907, II, 379.

Theopold (W.). — Die Résultate der vaginalen Totalextirpation bei Uteruscarcinom in den letzten zehn Jahren. Gotting., 1905, W.-F. Kastner, 41 p. in-8°.

Taylor (J.-W.). — Cancer of the body of the uterus. British. Gynec. J., London, 1904-05, XX, 342-344.

Taylor (J.-R.). — Uterine fibroid with sarcomatous degeneration. Long. Island Medical Journal, Brooklyn, 1911, V, 161-163.

Thienhaus (C.-O.). — The relationship of clinical symptoms to microscopical findings in cases of carcinoma of the uterus. Medical Record, New-York, 1907, XXI, 518-521.

Tixier et Lecène. — Précis de pathologie chirurgicale, Paris, 1909.

Tesson. — Cancer primitif du corps utérin. Thèse, Paris, 1902.

Terrier. — Fibrome et cancer, Revue de chirurgie, 1896, p. 886; 1898, p. 1143; 1899, p. 627, 882, 1100.

Thorn (W.). — Resultate der erweiterten vaginalen Operation der Uteruskarzinoms. Gyn. Rundschau. Berl. u. Wien., 1911, V, 601-627.

Taylor (H.-C.). — Educational work in carcinoma in the uterus. Surgical Gynecologia a. Obstetrical, Chicago, 1913, XVII, 720-723.

Tripier. — Traité d'anatomie pathologique générale. Paris, 1904.

Uteau. — De l'anurie au cours des néoplasmes pelviens. Thèse de Paris, 1903.

Unterberger (Junior). — Grossesse simultanée des deux trompes, cancer du corps dans un utérus duplex unicolis. Nordvsteutsche Gesellschaft fur Gynekologie, XL° séance, 23 nov. 1912.

Violet (H.). — Les renseignements fournis par l'hystéromètre dans le diagnostic du cancer du corps de l'utérus. Lyon médical, 13 novembre 1910, CXV, 805-809.

Van Hoosen (Bertha). — Sarcomatous degeneration in a uterine myoma. Am. J. Obst., N.-Y., 1903, 233-236.

Violet. — Réflexions sur l'état actuel de la thérapeutique radicale du cancer de l'utérus. Lyon médical, 1905, CIV, 34, 73, 124.

Veyrat (V.). — Etude sur l'étiologie et l'anat. pathol. de la tuberculose du col de l'utérus. Thèse Paris, 1910.

Verdier (Pierre). — De l'hématométrie dans le cancer du corps utérin en particulier, dans le cancer épithélial et le sarcome diffus de la muqueuse utérine. Thèse de Paris, 1906, 108 p. in-8°.

Venot (A.). — Des douleurs paroxystiques intermittentes du cancer du corps de l'utérus. J. de méd. de Bordeaux, 1903, 203-205.

Vignard. — Epithéliome du corps utérin. Gazette médicale de Nantes, 1905, 214-216.

Violet (H.) et Murard (J.). — Des renseignements fournis par l'exploration urinaire dans les indications opératoires du cancer de l'utérus. Rev. de gynécol. et de chir. abd., Paris, 1913, p. 129-142.

Viana (O.). — Sopra un caso di sincizioma maligno. Arch. di ostetr. et ginec., Napoli, 1905, XII, 549-568, 1 pl.

— Mola infiltrante (chorio-epitelioma) con albuminuria e degenerazione cistica delle ovaie. Ginecologia, Firenze, 1911, VIII, 33-48.

Valdagni (V.). — Contributo allo studio dell' ematoma tube-generazione cistica delle ovarie. Ginecologia, Firenze, 1905, II, 262-282, 1 pl.

Vanderbeck (C.). — Carcinoma of the body of the uterus. St-Louis, Med. Rev., 1909, VIII, 5.

Verdier. — Cancer épithélial et sarcome diffus de la muqueuse utérine. Thèse de Paris, 1905.

Virchow. — Pathologie des tumeurs. Paris, 1867, trad. franc.

Vialle. — Des fibromes utérins. Thèse de Montpellier, juillet 1913.

Veit (J.). — Die jetzige Stellung der abdominalen Operation beim Uterus-Karzinom. Prakt. Ergebn. d. Geburtsh. u. Gynak., Wiesbaden, 1910, II, 306-321.

Villard (P.). — Du myome malin de l'utérus. Thèse de Lyon, 1905.

Vautrin. — Considérations sur les tumeurs kystiques de l'utérus d'origine congénitale. Annales de gynécologie et d'obstétrique, Paris, 1913, 2e s., X, 352-371.

VIOLET et ALAMARTINE. — Léiomyome malin de l'utérus. La Gynécologie, Paris, 1910.

VANVERTS (J.). — Coexistence d'une tuberculose de la trompe et d'un épithélioma de l'utérus. Revue mensuelle de gynécologie et d'obstétrique, Paris, 1912, VII, 571-575.

VALAT. — Cancer du corps. Bulletin Soc. anat., p. 712, 1887.

VITRAC. — Cancer du corps. Gazette hebd., Bordeaux, mai 1897.

WERTHEIM. — Ueber abdominale Extirpation des karzinomatosen Uterus, nach Wertheim. A. Doderlein, Deutsche Med. Zeitung, 1902, n° 67. Analyse *in* Ann. de gynécologie, Paris, 1903-I, p. 228.

WERTHEIM (E.). — Zur Kenntnis der regionnkrem Lymphdrüsen bei Uteruskarzinom. Zentralb. f. Gyn., 1903, n° 4, p. 105. Analyse *in* Annales de gynécologie, Paris, 1904, p. 302-304.

WERTHEIM (Vienne). — Le cancer de l'utérus; technique et résultats de l'opération de Wertheim. XVII[e] Congrès internat. médecine, sect. obst. et gynécol., Londres, 6-12 août 1913. Analyse *in* Rev. mens. d'obst. et gynécol., Paris, 1913, p. 242.

WEINDLER (F.). — Die Therapie des Uteruskarzinoms. Deutsche Med. Zeitung, 1902, n° 67, p. 796. Analyse *in* Ann. de gynécologie, Paris, 1902-II, p. 240.

WERTHEIM (Vienne). — Cancer de l'utérus (traitement). Congrès international de Rome, sept. 1902. Analyse *in* Ann. de gynécologie, Paris, 1902-II, p. 290.

WERTHEIM. — Le traitement chirurgical du cancer de l'utérus. Arch. f. Gynäk., Berl., 1901, t. LXV, p. 1. Analyse *in* Annales de gynécologie, Paris, 1904, p. 310-312.

WEIBEL (W.), de Vienne. — Weitere Beobachtungen über das Verhalten der Ureteren nach der erweiterten abdominalen Karzinoperation. Zeitschr. f. Gynäk. Urol., 1913, t. IV, n° 4, 138. Analyse *in* Rev. gynécologie et chirurgie abdominale, Paris, 1[er] avril 1914, p. 358.

WEIBEL (W.). — The extended abdominal radical operation for cancer of the uterus. Surg. Gynec. et Obstetrical, Chicago, 1913, XVI, 251-254.

Weibel. — Die klinische Stellung des Carcinoma corporis uteri. Arch. f. Gynâk., 1913, C, n° 1.

Wallace (A.). — A contribution to the life history of fibro myomata of the uterus. J. Obst. a. Gynaec. Brit. Emp., juillet 1910, p. 20. Analyse *in* Annales de gynécologie, Paris, 1910, p. 498.

Watkins (J. La F.). — Early diagnosis of carcinoma of the uterus. Tr. M. Ass. Alabama, Montgomery, 1908, 202-211.

Wahrendorff. — Inaugural Dissert., Berlin, 1887.

Watts-Eden (Th.). — The clinical diagnostic of malignant disease of the body of the uterus. The Lancet, 25 mai 1912, n° 4639, vol. CLXXXII, p. 1342. Analyse *in* Rev. mens. d'obst. et de gynécol., Paris, 1913, p. 300.

Wertheim (E.). — Le cancer de l'utérus « col et corps » ; technique de l'opération et efficacité. Ann. de gynécol. et d'obst., Paris, 1913, 2e s., X, 502-506. Rapport au Congrès international des sciences médicales, Londres, août 1913.

Wiesinger (F.). — Two cases of carcinoma in the uterus. Gynaekologia, Budapest, 1907, 374.

Weibel (W.). — Die klinische Stellung des Carcinoma corporis uteri. Arch. f. Gynaek., Berl., 1913, C, 135-172.

Wertheim (E.). — The extended abdominal operation for carcinoma uteri (based on 500 operative cases). Am. J. Obst., N.-Y., 1912, XVI, 169-232, 6 pl.

Willmoth (A.-D.). — Report of four cases of uterine cancer in young women. Kentucky M. J. Bowling Green, 1909-10, VIII, 2124-2126.

Wertheim. — Résultats éloignés de l'opération abdominale élargie dans le cancer de l'utérus. Ann. de gynécol. et d'obstétrique, Paris, 1909, 637-641. Rapport au XVIe Congrès internat. médecine de Budapest, 1909.

Winiwarter (A.-F.-R. Von). — Eine seltene Form eines Carcinoms in einem fibromuskulâren Korpuspolypen. Arch. f. Gynaek., Berl., 1912, XCVIII, 1-7.

Wertheim (E.). — Zum Artikel Zweifel's : Ein neues Verfahren zur Extirpation des Uteruskarzinoms. Zentralblatt f. Gynâk., Leipzig, 1909, XXXIII, 1329-1331.

Wertheim (E.). — Die Leistungen der erweiterten abdominalen Uteruskrebsoperation. Zentralblatt f. Gynaek., Leipzig, 1908, XXXII, 175-178.

— Ueberblick über die Leistungen der erweiterten abdominalen Operation beim Gebarmutterkrebs. Wien. Klin., Wchnschr., 1906, XIX, 787.

Winter (G.). — Die Bekampfung des Uteruskrebses. Ein Wort an alle Krebsoperateure. Stuttg., 1904, F. Enke, 76 p. in-8°.

Weibel. — Récidives tardives après l'opération abdominale élargie dans le cancer de l'utérus. Archiv. für Gynäkologie, t. CII, f. 1, 1914, p. 141.

Walther. — Fibrome et cancer. Société de chirurgie, 22 janvier 1902.

Wertheim. — A discussion of the diagnosis and treatment of cancer of the uterus. British Med. J. Lond., 1905, II, 689-704.

— Der Krebs der Gebarmutter (Collum und Corpus) : Technik der Operation und Leistungen. Wien. Med. Wchnschr., 1913, XIII, 2661-2663.

Walthard. — Zur Technik der Wertheim'schen Karzinomoperation. Zentralblatt. f. Gynak., Leipzig, 1904, XXVIII, 279-281.

Ward (G.-G.). — A case of adeno-carcinoma of the uterus. Post. Graduate, New-York, 1911, XXVI, 635.

Willis (M.). — The factor of mortality in the operation of hysterectomy. Surg. Gynac et Obst., Chicago, 1908, VII, 54-56.

Williams (J.-T.). — The relation of carcinoma of the corpus uteri to fibroids. Boston, Med. Surg., 1908, CIX, 465-469.

Werder (X.-O.). — The Byrne operation and its application in the radical treatment of cancer of the uterus. Tr. Am. Ass. Obst. et Gynéc., N.-Y., 1906, XVIII, 98-111.

Young (E.-B.) et William (J.-T.). — Cancer of the uterus : a review of 254 cases from the gynecological service of the Boston City Hospital. Boston Med. et Surg. Journ., 1909, CIX, 225-229.

ZURHELLE (E.). — Zur Statistik des Gebarmutterkrebses. Arch. f. Gynaek., Berl., 1907, XXXIV, 246-256.

ZACHERS (H.). — Beitrag zur Kasuistik der Wandsarkome des Uterus. Wien. Klin. Wchnschrift., 1913, XXVI, 1271-1274.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 30 octobre 1914,
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 28 octobre 1914.
Le Doyen,
MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

INTRODUCTION 11

CHAPITRE PREMIER

Définition. — Anatomie pathologique 15

CHAPITRE II

Étiologie. — Pathogénie 27

CHAPITRE III

Symptomatologie 46

Diagnostic 67

CHAPITRE IV

Traitement 71

CHAPITRE V

Observations 82

CONCLUSIONS 87

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 89

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !